

s t a d i a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

ERI KULTTUURITAUSTAISEN ASIAKKAAN TERVEYSTOTTUMUKSET SUUN HOIDOSSA

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma,
suuhygienisti
Opinnäytetyö
4.12.2007

Marisa Doan
Noora Timonen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma		Suuhygienisti
Tekijä/Tekijät		
Marisa Doan ja Noora Timonen		
Työn nimi		
Eri kulttuuritaustaisen asiakkaan terveystottumukset suun hoidossa		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syksy 2007	30+1
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata tietoa suuhygienia-, fluorin käyttö- ja ravintotottumuksista sekä hammashoitopalveluiden käytöstä eri maissa. Tavoitteena oli syventää suuhygienistin tietoutta eri kulttuuritaustaisen asiakkaan suun terveyteen liittyvien tottumusten ja terveyskäyttäytymisen erityispiirteistä. Tämä opinnäytetyö on osa terveydenhuollon koulutushanketta Näyttöön perustuvan monikulttuurisen suun terveydenhoitotyön kehittäminen.</p> <p>Haimme tietoa pääasiassa Pubmed- ja Helka-tietokannoista seuraavilla asiasanoilla: suuhygienia, suunhoito ja maahanmuuttajat, ravitsemustottumukset, sokerin käyttö, ksylitoli, fluori, eroosio, hammashoitopalvelujen käyttö, hammashoitopelko ja tulkkipalvelut. Englanniksi hakusanat olivat oral hygiene, oral health, dental health habits, nutrition, dental erosion, xylitol ja fluoride sekä niiden eri muodot. Kirjallisuuskatsauksen perusteella suun terveyteen liittyviin suotuisiin tottumuksiin kuuluvat omaehtoinen suunhoito, suun terveyttä edistävä ravitsemus, ksylitolin ja fluorin käyttö, sekä säännölliset hammashoitokäynnit.</p> <p>Tutkimusten perusteella useissa Euroopan, Lähi-Idän, Aasian ja Afrikan maissa suun puhdistus ei ollut suun terveyden näkökulmasta riittävää. Monet tutkimukseen osallistuneet kokivat tarvitsevänsä ohjausta suun itsehoitossa. Kehityksessa liikalihavuuden ihannointi, sokerin käyttö ja toisaalta aliravitsemus vaikuttivat suun terveyteen. Virvoitusjuomien runsas käyttö ilmeni eroosiona lähes kaikkialla maailmassa. Ksylitolin terveysvaikutuksia ei tunnettu riittävästi ja se saatettiin rinnastaa makeisiin. Kariuksen sairastaminen oli maailmanlaajuisesti yleistä ja hammashoitoon hakeuduttiinkin lähinnä akuuteissa tapauksissa. Juomaveden fluoraus oli kehityksessa paras kariuksen ehkäisykeino, sillä muut fluorituotteet olivat vaikeasti saatavissa.</p> <p>Opinnäytetyömme haastaa suun terveydenhuollon ammattilaisia kehittämään erilaisia kulttuurisensitiivisiä terveysneuvontakeinoja, jotta maahanmuuttajien suun hoitotottumukset saataisiin suunnattua suotuisammiksi. Esimerkiksi oikeanlaisten suunhoitovälineiden rinnalla islaminuskaisilla purutikku Miswakia voidaan käyttää hyvänä puhdistuksen motivointikeinona sen kulttuuriläheisyyden vuoksi.</p>		
Avainsanat		
eri kulttuurit, terveystottumukset, suuhygienia, terveysneuvonta, ravitsemus		

Degree Programme in		Degree
Oral Hygiene		Bachelor of Health Care Services
Author/Authors		
Marisa Doan and Noora Timonen		
Title		
Dental Health Care Habits of a Foreign Customer		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Autumn 2007	30+1 appendix
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of our final project was to describe the knowledge of dental hygiene, usage of fluorides, nutritional habits and use of dental care services in different countries. The aim was to deepen the knowledge of dental hygienists about the special characteristics of dental health care habits of a customer from a different culture.</p> <p>We searched for the facts basically at the Pubmed and Helka databases in Finnish and English with the following index terms: oral hygiene, dental care and immigrants, nutritional habits, usage of sugar, xylitol, fluoride, dental erosion, use of dental care services, fear for dental care services and interpreter services. The literature survey showed that favourable dental health habits were dental self-care, conducive diet for oral health, usage of xylitol and fluoride and regular visits at dental care services.</p> <p>On the grounds of researches in many European, Middle East, Asian and African countries dental hygiene wasn't at the sufficient level from oral health point of view. Many research participants felt that they needed dental hygiene guidance. In developing countries admiring obesity, usage of sugar and also malnutrition affected oral health. Plentiful amounts of soft drinks caused erosion worldwide. The functional effect of xylitol wasn't known and it was considered as sweets. Prevalence of caries was common and dental care practices were visited only in acute situations. The fluoridation of drinking water was the best way to prevent caries in developing countries because other fluoride products were not available.</p> <p>This final project challenges the professionals of dental health care to evolve various cultural health guidance means to improve the dental health care habits of immigrants. The chewing stick Miswak may be used alongside with proper oral hygiene appliances to motivate immigrants to adopt sufficient dental cleaning.</p>		
Keywords		
foreign cultures, oral health care habits, nutrition		

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää mahdollisimman kattavasti ulkomaalaistaustaisten henkilöiden tottumuksia ja asenteita suun terveydenhoidossa, jotta suunterveyden parissa työskentelevät pystyisivät suunnittelemaan hoidon vastaamaan maahanmuuttajien tarpeita yksilöllisesti. Tavoitteena on syventää suuhygienistien tietoa maahanmuuttajien suun terveydenhoidon erityispiirteistä.

Teoreettisen aineistomme tuottamisessa etsimme tutkittua tietoa alan kirjallisuudesta sekä Pubmed-, Medic-, Ovid- ja Helka-tietokannoista. Keskeisinä hakusanoina käytimme sanoja ”suuhygienia”, ”suunhoito ja maahanmuuttajat”, ”ravitsemustottumukset”, ”sokerin käyttö”, ”ksylitoli”, ”fluori”, ”eroosio”, ”hammashoitopalvelujen käyttö”, ”hammashoitopelko” ja ”tulkkipalvelut”. Englanniksi tietoa haettiin sanoilla ”oral hygiene”, ”oral health”, ”dental health habits”, ”nutrition”, ”dental erosion”, ”xylitol” ja ”fluoride” sekä niiden eri muodoissa. Hakusanoja yhdistettiin maanosiin ”Africa”, ”Europe”, ”Asia” ja ”America”. Parhaiten tutkittua tietoa saimme Pubmedista. Suunterveyden tutkimuksia löytyi vaihtelevasti eri maista; joistakin maista löytyi useampikin tutkimus samasta aiheesta, kun taas toisista maista tietoa saattoi olla hyvin niukalti. Venäläiset muodostavat Suomen suurimman maahanmuuttajavähemmistön, jonka vuoksi koimme tärkeäksi saada tietoa heidän suun terveystottumuksistaan. Kansainvälisiä tutkimuksia heidän suun terveystottumuksistaan löytyi kuitenkin hyvin vähän. Tutkimuksia venäläisten suunterveydestä haettiin erikseen hakusanoilla ”oral health in Russia”, ”oral hygiene in Russia” ja kyseisten lauseiden eri muodoilla. Työmme tukena käytimme myös muun muassa Therapia Odontologicaa, suomen ja englanninkielistä kirjallisuutta maahanmuuttajista, ksylitolista, fluorista ja ravitsemuksesta sekä Tilastokeskuksen julkaisuja. Lähteistä mainittakoon vielä TERVEYS 2000 -tutkimus.

Toteutimme suuhygienistiopiskelijaryhmämme kanssa eri kulttuureista tulevien asiakkaiden terveyden edistämisen opintojaksolla haastattelutilaisuuden Innofocuksessa, Länsi-Uudenmaan aikuiskoulutuskeskuksessa opiskeleville maahanmuuttajille. Samantyyppisen suun terveydenedistämistilaisuuden toteutimme myös Merihaan Perhetalo Sahramissa maahanmuuttajaäideille yhteistyössä Helsingin kaupungin hammashuollon kanssa. Tilaisuuden teema oli Maahanmuuttajataustaisten naisten suun terveystottumukset ja tiedot hampaiden reikiintymisen ehkäisystä. Haastatteluista

saimme lisää ajankohtaista tietoa maahanmuuttajien suun terveystottumuksista sekä heidän tiedoistaan hampaiden reikiintymisen ehkäisystä. Etenkin naisten suunterveystottumukset ja suhtautuminen suun hoitoon ovat ensisijaisen tärkeitä, sillä naisilla on erityinen asema tiedon välittämisessä perheen keskuuteen ja perhettä ympäröivään yhteisöön. Tilaisuuksien tarkoituksena oli haastattelujen ohella toimia suunterveyden edistämisen tiedonantajina. Molempiin haastatteluihin osallistui 23 maahanmuuttajaa. Haastattelujen alustavat tulokset julkaistaan tässä opinnäytetyössä.

2 MAAHANMUUTTAJAVÄESTÖ SUOMESSA

Suomessa on edelleen melko vähän ulkomaalaisia muuhun Eurooppaan verrattuna. Vuonna 1995 ulkomaan kansalaisia oli 62 012 henkilöä, joista pakolaisia 12 877. Vuonna 2000 ulkomaalaisten määrä oli noussut 91 074:ään, joista pakolaisia oli 18 835 henkilöä. (Räty 2002: 11,16.) Viimeisimmän Tilastokeskuksesta saadun tiedon mukaan (31.12.2006) Suomessa vakinaisesti asuvia ulkomaalaisia oli hieman alle 122 000.

Suomessa olevat tai oleskelevat ulkomaalaiset eivät muodosta yhtä yhtenäistä ryhmää, sillä nämä ovat tulleet maahan monista eri syistä. Ulkomaalaisryhmistä käytetään erilaisia nimityksiä riippuen heidän taustoistaan. Ulkomaalainen on henkilö, joka ei ole Suomen kansalainen. Näitä ovat esimerkiksi maassamme väliaikaisesti oleskelevat turistit ja ulkomaalaiset opiskelijat. Maahanmuuttaja tarkoittaa kaikkia Suomessa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia. Esimerkiksi töihin, avioliittoon, pakolaiseksi tai paluumuuttajaksi Suomeen tulleet ovat maahanmuuttajia. Maahanmuuttaja voi hakea Suomen kansalaisuutta asuttuaan maassa pääsääntöisesti viisi vuotta. Suomen maahanmuuttajista vain pieni osa on pakolaisia. Pakolainen on henkilö, joka on joutunut jättämään kotimaansa poliittisista tai muista syistä. Pakolaisia ovat Suomeen ns. kiintiöpakolaisina sekä turvapaikanhakijoina tulleet. Turvapaikanhakija hakee Suomesta turvapaikkaa, ja hänestä tulee varsinaisesti pakolainen vasta, kun hänen hakemuksensa on käsitelty ja oleskelulupa on myönnetty. (Räty 2002: 11,16.)

Vuoden 2006 loppuun mennessä Suomessa vakinaisesti asuvia ulkomaalaisia oli yhteensä 121 739, joista miehiä ja naisia oli lähes yhtä paljon. Joitakin ryhmiä kuitenkin on, joissa toinen sukupuoli on enemmän edustettuna. (Tilastokeskus 2007.) Suomen maahanmuuttajaryhmistä on koottu liitteeksi taulukko (LIITE 1), jossa on käytetty

lähteenä Tilastokeskuksen viimeisimpiä lukuja. Suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat tulleet maahan Venäjältä, Virosta, Ruotsista ja Somaliasta.

Vuoden 2006 loppuun mennessä Suomen väestöstä äidinkieleltään suomenkielisiä oli 4 828 747 henkeä (91,5 %), ruotsinkielisiä 289 609 henkeä (5,5 %) ja saamenkielisiä 1 772 henkeä (0,03 %). Muita kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia oli 156 827 eli 3,0 prosenttia. Valtaosa vieraskielisten ryhmistä oli venäjänkielisiä (42 182 henkeä), vironkielisiä (17 489 henkeä), englanninkielisiä (9 659 henkeä), somaliankielisiä (8 990 henkeä) ja arabiankielisiä (7 564 henkeä). (Tilastokeskus 2007.)

Maahanmuuttajaväestön ikärakenne poikkeaa selkeästi suomalaisesta. Lapsia on enemmän ja vanhuksia puolestaan vähän. Vuonna 1999 Siirtolaisinstituutin tilaston mukaan alle 20-vuotiaita suomalaisia oli 24,8%, kun taas maahanmuuttajia oli vastaavasti 27%. Erityisen lapsirikkaita olivat somalialaiset, joista yli puolet oli alle 20-vuotiaita. Muita ryhmiä, joista alle 20-vuotiaita oli yli 40%, olivat irakilaiset, iranilaiset, entisen Jugoslavian alueelta tulleet ja vietnamilaiset. (Räty 2002: 34-37.) Määrällisesti venäläisiä ja virolaisia nuoria oli maassamme kuitenkin eniten; venäläisiä 4 800, virolaisia 3 200 ja somalialaisia 3 000 henkilöä. (Tilanne 31.7.1999; siirtolaisinstituutin tilasto).

Viisitoista Suomen kuntaa, joissa on eniten ulkomaalaisia, ovat järjestyksessä Helsinki (33 196 ulkomaalaista), Espoo (11 609), Vantaa (8687), Turku (7560), Tampere (6207), Lahti (2735), Oulu (2417), Vaasa (2228), Jyväskylä (2151), Lappeenranta (1688), Kotka (1582), Salo (1267), Porvoo (1201), Kuopio (1168) ja Joensuu (1115) (Tilastokeskus 2007).

Maahanmuuttajia on Suomessa vielä suhteellisen vähän muuhun Eurooppaan verrattuna. Yleensä maahan tullaan töiden tai avioliiton vuoksi, vain pieni osa on pakolaisia. Valtaosa maahanmuuttajista on venäläisiä, virolaisia, ruotsalaisia ja somalialaisia. Suomessa maahanmuuttajia on kuitenkin hajautettu asumaan kauttaaltaan eri puolille maata, joten hammashoitoloiden tulisi huomioida oman alueensa maahanmuuttajaryhmät ja antaa heille suunhoidon palveluita heidän tarpeidensa mukaan. Maahanmuuttajalapsilla on paremmat mahdollisuudet omaksua suotuisat suun terveystottumukset, sillä he oppivat päiväkodin ja koulun avulla maamme kielen ja

kulttuurin nopeammin kuin heidän vanhempansa, ja sitä kautta mukautuvat länsimaisiin elämäntapoihin.

3 MAAHANMUUTTAJA SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

Pysyvästi Suomessa asuva ulkomaalainen on oikeutettu käyttämään samoja julkisia palveluita kuin suomalaisetkin. Henkilön katsotaan asuvan Suomessa pysyvästi, jos tällä on vähintään vuoden oleskelulupa Suomeen. Lisäksi henkilöllä on oltava aikomus jäädä Suomeen pysyvästi.

3.1 Maahanmuuttajille Suomessa tarjottavat peruspalvelut

Kotikuntalaki määrää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin kuulumisesta. Esimerkiksi Suomeen opiskelemaan tulleet eivät ole oikeutettuja samoihin palveluihin kuin Suomessa pysyvästi asuvat. Kiireellisissä tapauksissa kunta on kuitenkin velvollinen järjestämään sosiaali- ja terveysten palveluja kaikille niitä tarvitseville. Oikeus kuntien, yksityisten järjestöjen ja valtion järjestämiin maahanmuuttajien erityispalveluihin määräytyy osittain oleskeluluvan ja maahantulon syyn perusteella niin, että vain pakolaiset ja paluumuuttajat ovat joidenkin palvelujen kohderyhmänä. Muiden Suomeen tulleiden maahanmuuttajien palvelut ovat rajoitetumpia. Turvapaikanhakijat eivät kuulu yleisten palveluiden piiriin, sillä heillä ei ole oleskelulupaa Suomessa. Valtion rahoittama erillinen palvelujärjestelmä takaa turvapaikanhakijoille turvapaikkapäätösprosessin ajaksi perustoimeentulon ja perusterveydenhuollon. (Räty 2002: 142-143.) Suomesta turvapaikkaa hakeneita henkilöitä on ollut 2000-luvulla vuosittain noin 3000-4000. Vuonna 2006 hakijamäärä laski reiluun kahteentuhanteen (Tilastokeskus 2007.)

3.2 Maahanmuuttajatyö käytännössä

Maahanmuuttajien kanssa työskenneltäessä pätee sama ammattitaito, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta on tottunut palvelemaan erilaisia yksilöitä, joilla on erilaiset elämäntilanteet. Ulkomaalaisuuden ei tule hallita asiakassuhdetta, vaikkakin se tuo mukanaan asioita, jotka on hyvä huomioida. Ympäristö tuo lisähaasteita työhön;

työntekijän on omalta osaltaan poistettava ja ehkäistävä tietämättömyyttä, ennakkoluuloja ja rasismia. (Räty 2002: 210-211.)

Työskenneltäessä maahanmuuttajan parissa tulee miettiä, mitkä asiat asiakkaan toiminnassa ovat kulttuurisidonnaisia, mitkä liittyvät asiakkaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen ja mitkä ovat yksilökohtaisia ominaisuuksia, ”luonteenpiirteitä”. Vieraasta kulttuurista kotoisin olevan henkilön itsellemme vierasta käyttäytymistä perustelemme helposti kulttuuriin kuuluvana tapana tai ulkomaalaisen henkilökohtaisena ominaisuutena, kun taas omaa tai läheisten käyttäytymistä selitetään ulkoisilla tekijöillä. Esimerkiksi: *”Ahmed on työtön, koska hän on laiska, hänen kulttuuriinsa kuuluvat miehet ovat laiskoja”*.-- *”Lasse on työtön, koska nyt on lama ja työpaikkoja ei ole”*. Kun tiedämme vain yhden vieraan kulttuurin edustajan, tulemme helposti yleistäneeksi tämän yksilön ominaisuudet hänen koko etniseen ryhmäänsä. Asiakas saattaa käyttäytyä asiakastilanteessa epäkohteliaasti työntekijää kohtaan. Käyttäytymistä on turha tulkita heti kulttuurisidonnaiseksi tavaksi, sillä epäkohteliaisuus voi johtua myös asiakkaan pelosta, elämäntilanteesta, epäluuloisuudesta vierasta tilannetta kohtaan tai lähtömaassa omaksuttu asenne viranomaisia kohtaan. (Räty 2002: 213-214.)

3.3 Tulkkipalvelut

Tulkki on tarpeen, jos maahanmuuttaja ei selviydy asioinnista suomen tai ruotsin kielellä. Pakolaiset voivat käyttää ilmaisia tulkkipalveluja sosiaali- ja terveystalveissa sekä kotouttamista tukevissa palveluissa niin kauan kuin on tarpeen. Paluumuuttajat ovat oikeutettuja maksuttomiin tulkkipalveluihin puolen vuoden ajan. Tulkin käytöstä hyötyy sekä asiakas että työntekijä. Molemmipuolinen ymmärtäminen takaa asioinnin sujuvuuden, ja samalla varmistetaan molempien osapuolien oikeusturva. Asiakkaan tulee ymmärtää häneen kohdistuvan palvelun sisältö. Tulkin tilaaminen kuuluu viranomaiselle. Tulkki on henkilö, jolla on tulkin koulutus tai käytännön kautta saavutettu tulkin pätevyys. Muissa kuin eurooppalaisissa kielissä tulkki on käynyt asioimistulkikoulutuksen. Asioimistulkki tulkaa esimerkiksi lääkärin vastaanotolla, turvapaikkahaastattelussa tai päiväkodissa. Asioimistulkkeja tarvittaisiin maassamme yli 150:lle eri maan äidinkielelle, mutta käytännössä tulkkeja on erittäin vaikea saada kaikilla tarvittavilla kielillä. Tulkkina ei tule käyttää lähiomaista eikä varsinkaan lasta. Lapsen joutuminen tulkin asemaan sotkee perheen sisäisiä suhteita ja vääristää lapsen

asemaa lapsena myös siitä syystä, että lapsi saattaa joutua käsittelemään sellaisia asioita, jotka eivät kuulu lapsen maailmaan. Tulkin välityksellä keskusteltaessa on muistettava puhua suoraan asiakkaalle ja käytettävä ”sinuttelua” ja ”teitittelyä”. Koskaan asiakkaasta ei saa puhua kolmannessa persoonassa. Tulkin tehtävä on ainoastaan tulkata asiakkaan ja työntekijän väliset keskustelut tai kirjalliset ohjeet yms. Häneltä ei saa kysellä asiakkaan asioista eikä hänen tule ilmaista omia mielipiteitään tai antaa ohjeita. Asioimistulkin kanssa tulee puhua selkeästi ja ymmärrettävästi ja vältettävä ammattislangia, vertauskuvia sekä sukkeluuksia, jotka vaikeuttavat kääntämistä. (Räty 2002: 149-151.)

3.4 Maahanmuuttajien kokema hammashoitopelko

Kipu on todettu pelottavimmaksi asiaksi hammashoidossa. Hammashoitopelko on yhdistettävissä sukupuoleen, ikään, etniseen ryhmään ja hammashoidossa käymiseen. Hammashoitopelkoa esiintyy enemmän epäsäännöllisesti kuin säännöllisesti hammashoidossa käyvillä. Toimenpiteiden määrä ja vaativuus vaikuttavat osaltaan pelon syntyyn. Hammashoitopelkoa voi ilmetä kuitenkin myös ilman aikaisempaa kokemusta hammashoidosta. Pelkäävillä hammashoitopotilailla on todettu olevan ominaista myös yleinen pelko muuta ympäröivää maailmaa kohtaan. Etninen tausta ja kulttuuri vaikuttavat kivun ilmaisemiseen tai kieltämiseen. On esitetty, että naisilla olisi huonompi kivunsietokyky kuin miehillä ja eri rotujen välillä aasialaiset sietäisivät kipua vähemmän kuin mustat ja mustat taas heikommin kuin valkoiset. (Saarni 1996: 22.) Senegalissa lasten on todettu kärsivän hammashoitopelosta jo ennen kuin he ovat käyneet hammaslääkärin vastaanotolla. 43,5% lapsista ei ole ikinä käynyt hammaslääkärissä, ja näistä 28% pelkäsi hammaslääkärää. Myös 17% hammaslääkärissä käyneistä lapsista koki hammaslääkäripelkoa. (Yamada - Tanabe - Sano - Noda 2002.)

3.5 Maahanmuuttajanäkökulma suuhygienistin työssä

Maahanmuuttajatyö ei sinänsä poikkea tavanomaisesta suuhygienistin roolista, mutta erilaiset kulttuuritaustat nostavat esiin joitakin asioita, jotka on otettava huomioon hoidon laadun takaamiseksi. Ammattihenkilön tulisi kyetä mukautumaan maahanmuuttajan osaan, jossa vieras ympäristö jännittää ja pelottaa, ja erilaiset tavat saattavat aiheuttaa hämmennystä ja väärinymmärrystä hoitotilanteessa. Suuhygienistin olisi pyrittävä luomaan hoitotapahtumassa sellainen ilmapiiri, jossa maahanmuuttaja

tuntee olonsa turvalliseksi ja kokee ammattihenkilön luotettavana asiantuntijana omassa työssään. Ulkomaalaisuudesta ei kuitenkaan tule tehdä hoidossa itse tarkoitusta.

Kommunikoimisesta tulee entistä tärkeämpi osa hoitotilanteessa, jossa osapuolten välillä on kielellisiä eroja. Viestimistä voidaan helpottaa käyttämällä elekieltä, selkeitä kuvia sekä yksinkertaista ja selkokielistä puhetta. Tulkkipalveluita tulisi käyttää rohkeasti, sillä se helpottaa molempien osapuolten osallistumista hoitoon, ja saattaa vaikuttaa potilaan hoitomyöntyvyyteen. Hoidosta tulee myös juridisesti turvallisempi sekä suuhygienistin että potilaan kannalta.

Suuhygienistin tulisi ottaa terveysneuvonnassa huomioon eri kulttuureihin liittyvät ominaispiirteet, jotka vaikuttavat maahanmuuttajien suun terveyskäyttäytymiseen, ja kohdistaa terveysneuvonta näihin erityistarpeisiin. Maahanmuuttajien hammashoidossa tulisi panostaa ennaltaehkäisevään hoitoon entistä enemmän esimerkiksi kehittämällä heille suunnattua selkokielistä ohjemateriaalia, kuten esitteitä tai internetsivusto kaikista suunhoidon osa-alueista.

4 SUUN TERVEYDENHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ ERI KULTTUUREISSA

Hammashoitopalvelut kuuluvat osana ehkäisevään hammasterveyskäyttäytymiseen. Säännöllisesti hammashoitopalveluja käyttävät ovat paremmin tietoisia suun terveydestä ja suuhygieniatavoista sekä omaavat positiivisemmän asenteen hammashoitoa kohtaan kuin epäsäännölliset käyttäjät. Erilaiset taustatekijät vaikuttavat hammashoitoon hakeutumiseen ja muuhun terveyskäyttäytymiseen. Ehkäisevään hammashoitoon hakeutuvat todennäköisimmin ne, jotka tuntevat hampaidensa kunnon hyväksi tai erinomaiseksi. Henkilöt, joiden suun terveydentila on huonompi, hakeutuvat lähinnä oireenmukaiseen hammashoitoon. Muita selittäviä tekijöitä ehkäisevälle hammashoitopalvelujen käytölle ovat tulot, säännöllinen hoitopaikka, koulutustaso, rotu, sukupuoli ja perheen koko. Alhainen tulo- ja koulutustaso, kulttuuri, kielitaito sekä palvelujen saavutettavuus (sijainti) voivat olla esteenä hoitoon hakeutumiselle.

Suomessa hammashoidossa vuoden aikana käyneiden osuus on TUTKIMUS 2000 Suomalaisten aikuisten suunterveys -tutkimuksen mukaan ollut pienempi kuin muissa Pohjoismaissa ja USA:ssa. Hammashoitokäynnit ovat lähes samalla tasolla kuin Iso-

Britanniassa. Hammashoitokäynnit on suoritettu aikuisväestön osalta yleensä yksityissektorilla omakustanteisesti. Lasten ja nuorten hammashoito toteutetaan julkisissa terveyskeskuksissa. Vuosittain hammastarkastuksessa käy 74%, kahden vuoden välein 22% ja sitä harvemmin 4%. 30-44-vuotiaat käyvät vähiten säännöllisissä hammastarkastuksissa. 55-64-vuotiaat hampaalliset naiset käyvät hammashoidossa eniten. Suomalaisten aikuisten suunterveyttä kartoittavan tutkimuksen mukaan särryn tai vaivan vuoksi hammaslääkärissä käyvistä noin 33% oli käynyt hammaslääkärissä edellisen vuoden aikana ja noin 20%:lla edellisestä käynnistä oli kulunut yli viisi vuotta. Tutkimukseen osallistuneista 63% oli käynyt hammashoidossa, vaikka kokivatkin suun ja hampaiden terveyden hyväksi. Vastaavasti 74% kävi hammashoidossa hammassärryn tai muun hammasvaivan tai hammasproteeseihin liittyvien ongelmien vuoksi. (Suominen-Taipale 2004.) Sahrami-tilaisuudessa selvisi, että lähes kolmasosa ei ollut aiemmin käynyt hammaslääkärissä. Yli puolet ei ollut saanut suun ja hampaiden hoito-ohjeita. Yleensä ohjeet saatiin hammashoitohenkilökunnalta tai omilta perheenjäseniltä. Haastateltavia maahanmuuttajia oli yhteensä 18. (Sahrami-tilaisuus 2006.) Innofocus-tilaisuudessa tehdyissä haastatteluissa tuli ilmi, että reilusti yli puolet maahanmuuttajista (69,6%) oli käynyt hammaslääkärin vastaanotolla viimeisten kuuden kuukauden aikana. Hammaslääkärissä yli kaksi vuotta sitten käyneitä oli 17,4% ja vain 4,3% ei ollut käynyt hammaslääkärissä lainkaan. Puolet vastanneista (39,1%) kertoi saaneensa suun- ja hampaiden hoito-ohjeita, kuitenkin yhtä suuri määrä koki jääneensä ilman ohjeita. Haastatteluihin osallistui 23 maahanmuuttajaa. (Innofocus-tilaisuus 2006.)

Suun terveydenhuollon palvelut ja niiden järjestäminen vaihtelevat maittain. Hammaslääkäreiden määrä asukkaita kohti on teollistuneissa länsimaissa melko runsas, kun taas kehitysmaissa yksi hammaslääkäri voi vastata jopa yli kahden miljoonan asukkaan hammashoidosta. Useimmat maat tarjoavat sekä julkisia että yksityisiä hammashoitopalveluita. Turkissa ja Romaniassa julkinen sektori vastaa koko hammashoidosta, kun taas Ranskassa ja Belgiassa hammashoitopalveluja hoitaa kokonaan tai lähes kokonaan yksityinen sektori. Hong Kongissa julkinen suun terveydenhuolto on hyvin vähäistä, sillä ennaltaehkäisevästä hoidosta tiedetään vähän ja siihen käytettävät varat ovat puutteelliset, jonka vuoksi suun terveydenhoitopalvelut ovat mahdollisia lähinnä yksityisillä hammaslääkäripraktiikoilla. (Luciak-Donsberger - Chan 2003.)

Portugalissa 6-vuotiaista lapsista 17,8% ja 12-vuotiaista 58,3% oli käynyt hammashoidossa kuluvan vuoden aikana. Huomattava määrä lapsista sai ennaltaehkäisevää suunhoitoa koulussa. Moniulotteinen kariesesiintymien analysointi osoitti, että sukupuoli, sijainti, kansalaisuus, hammashoitolakäynnit ja hampaiden harjaustiheys olivat toisistaan riippumattomia tekijöitä. (de Almeida - Petersen - Andre - Toscano 2003.)

Useimmat kehitysmaat kykenevät tarjoamaan ainoastaan perusterveydenhuollon antaman akuutin hammashoidon (v.1991), ja monesti hammashoitoa on tarjolla vain suurissa kaupungeissa, mikä johtaa siihen, että suurin osa väestöstä ei saa tarvitsemaansa korjaavaa hammashoitoa. Kariuksen hoidossa itäeurooppalaisilla on paikkojen laadun todettu olevan huonompi kuin länsieurooppalaisilla tai yhdysvaltalaisilla. (Saarni 1996: 39.) Liettuassa 35-44-vuotiaista hammaslääkärin vastaanotolla kävi kuluneen vuoden aikana 60%, vastaava luku 65-74-vuotiailla oli 43%. Kaikista hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä aikuisista 83%:lla käynti johtui akuutista suun alueen oireesta. Hammashoitokäyntitottumuksiin vaikutti tutkitusti sukupuoli, asuinalue, omien hampaiden pysyvyys, kokemukset hammasperäisistä ongelmista, asenteet suunhoitoon ja hammaslääkäreihin sekä koulutus. (Petersen - Aleksejuniene - Christensen - Eriksen - Kalo 2000.)

Yhdysvalloissa on todettu (v.1990) etnisten vähemmistöjen käyttävän hammashoitopalveluja vähemmän kuin valkoihoiset amerikkalaiset, vaikka heillä olisi suurempi tarve hammashoitoon kuin valtaväestöllä. Myös tiedot, asenteet, tottumukset ja arvostukset heijastuvat terveyskäyttäytymisessä sekä terveyspalvelujen käytössä. Näihin tekijöihin vaikuttaa puolestaan sosiaalinen lähiympäristö. Laajan sosiaalisen verkon omaavilla hammashoitolakäynnit ovat yleisempiä kuin pienemmän sosiaalisen verkon jäsenillä. Huonot hammashoitokokemukset ja laiskuus ovat subjektiivisia tekijöitä estämään päivittäistä hampaiden puhdistusta sekä säännöllisissä hammastarkastuksissa käymistä (v.1992). (Saarni 1996: 21-22.)

Kiinan Hubein provinssissa noin 65%:lla 12-vuotiaista kaupunkilaislapsista (N=698) mitattiin korkein CPITN-arvo lapsilla: 2, ienverenvuotoa ja hammaskiveä. Vain 46% lapsista oli käynyt hammaslääkärin vastaanotolla kuluneen vuoden aikana. Tutkimuksessa todettiin, että Kiinaan tarvittaisiin kiireellisesti systemaattinen suunhoito-ohjelma lapsille. (Peng - Petersen - Fan - Tai 1997.) Yleisesti 12-vuotiaista

kiinalaisista (N=4400) hammaslääkärin vastaanotolla kävi kerran vuodessa 31,3% ja kahdesti vuodessa 35,3%, kun 18-vuotiaista (N=4400) puolestaan kävi kerran vuodessa vain 22,5% ja kahdesti vuoden aikana 20,2%. Lähes kolmasosa (29%) 12-vuotiaista ja 40,5% 18-vuotiaista kävisi hammaslääkärissä karieksen vuoksi vain jos siihen liittyisi särkyä. Karieksen riski oli suuri tiheästi makeisia nauttivilla ja matala fluorihammastahnan käyttäjillä. Tutkimus osoitti, että etenkin maaseudulla asuville lapsille olisi tärkeää olla systemaattinen yhteiskunnallinen suun terveyden edistämishjelma. (Zhu - Petersen - Wang - Bian - Zhang 2003.) Kiinalaisista 35-44-vuotiaista ja 65-74-vuotiaista (N=8797) kävi hammashoitolassa viimeisten 12 kuukauden aikana yhteensä 25% ja 6%:lla oli ollut hammastarkastuskäynti kahden viimeisen vuoden aikana. Lähes 15% tutkituista kävi hammaslääkärissä ienverenvuodon vuoksi; 60% ei huomionnut karieksen merkkejä, jos kipua ei ilmennyt. (Zhu - Petersen - Wang - Bian - Zhang 2005.) Etelä-Thaimaassa, Suratthanin provinssissa, 12-vuotiaista koululaisista (N=1084) 53%:lla oli ilmennyt hammassärkyä kuluneen kahdentoista kuukauden aikana ja 66% kävi hammaslääkärin vastaanotolla, joista 24% oli mennyt hoitoon hammasperäisten ongelmien vuoksi. (Petersen - Hoerup - Poomviset - Prommajan - Watanapa 2001.)

Jordaniassa suurin osa lapsista (86%) kävi hammaslääkärin vastaanotolla vain hampaiden oireilujen vuoksi, kun taas 11% kävi hammastarkastuksissa. Viimeisimmällä käynnillä 49%:lla tapauksista tehtiin hampaan poisto ja vain 8% sai ehkäisevän hoidon palveluja kuten pinnoituksia. (Rajab - Petersen - Bakaeen - Hamdan 2002.)

Johng-bain vuonna 1998 tekemä tutkimus osoittaa, että Koreassa sekä ammattilaisten että yleisön tietämys suun ennaltaehkäisevästä hoidosta ja suun terveyden mittareista ei kulje käsi kädessä käytännön ennaltaehkäisyn kanssa. Tämä väliero olisi mahdollista minimoida opettamalla yleisölle oikeat ennaltaehkäisymenetelmät hammashoitohenkilökunnan avulla.

Tutkimusten perusteella hammashoitoon hakeudutaan yleisesti oireenmukaiseen hoitoon. Ennaltaehkäiseviä hammastarkastuskäyntejä on vain vähän. Suomessa ongelma koskee valtaväestön lisäksi maahanmuuttajia; tämä saattaa johtua siitä, ettei omassa kotimaassa hammashoitopalveluita ole ollut saatavilla kuin lähinnä akuuteissa tilanteissa. Maahanmuuttajat tarvitsevat tietoa Suomen hammashoitopalvelujärjestelmästä ja ennaltaehkäisevien käyntien tärkeydestä suun

terveydelle. Heitä tulisi avustaa ja ohjata hoitoon hakeutumisessa, ja on hyvä mainita, että he ovat Suomen lain mukaan oikeutettuja julkiseen hammashoittoon.

5 KOETTU SUUNTERVEYS ERI KULTTUUREISSA

Koettu terveys, oireet ja tuntemukset ovat ihmisen elämänlaadun ja hyvinvoinnin oleellisia määrittäjiä, jotka heijastavat biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen yhtenäisyyttä ihmisessä. Yleensä huonoksi koetun terveydentilan yhteyteen kuuluvat myös haitalliset elintavat, toisaalta terveydentilan hyväksi kokevilla on myös terveelliset elämäntavat. (Saarni 1996: 19; Mason 2005: 4.) Elämäntavat heijastuvat suun ja hampaiden kuntoon. Riittävällä suun puhdistuksella, vähäkariogeenisella ravitsemuksella ja fluorin käytöllä voidaan ehkäistä suun yleisimpiä sairauksia: kariesta ja kiinnityskudossairauksia. Jokaisen itse toteuttama omaehtoinen suun hoito on olennainen ja välttämätön osa suun terveydenhoitoa. Säännölliset hammashoitokäynnit ovat myös osana suun terveyttä edistävää käyttäytymistä. (Vehkalahti – Paunio – Nyssönen – Aromaa 1991: 63; Saarni 1996: 25.)

Suun koetun terveyden mittarit täydentävät kliinisin mittauksin saatua tietoa. Suunterveyttä ja sen hoidon tarvetta ei kuitenkaan voida perusteellisesti arvioida vain kliinisten löydösten perusteella. Niiden avulla saatava tieto kertoo siitä, millä tavalla suun sairaudet vaikuttavat ihmisen jokapäiväiseen elämään ja elämän laatuun. Terveys 2000 -tutkimuksessa yhtenä menetelmänä suun koetun terveyden mittarina käytettiin OHIP-14-mittaria, joka kuvaa hampaista, suusta tai proteeseista johtuvia yleisiä ongelmia. Sen avulla selvitettiin, kuinka usein vastaaja oli kokenut suusta tai hampaista aiheutuneita fyysisiä, psyykkisiä, toiminnallisia tai sosiaalisia ongelmia viimeksi kuluneen kuukauden aikana. (Harju - Hausen - Suominen-Taipale 2004.)

Sahrami-haastatteluissa 56% maahanmuuttajanaista arvioivat hampaidensa kunnon hyväksi tai melko hyväksi, kun taas 44% huonoksi. Kolmasosalla oli hampaissa särkyä tai muuta vaivaa ja 30,4% maahanmuuttajista arvio hampaissaan olevan 1-3 reikää. (Sahrami-tilaisuus 2006.)

Ulla-Maija Saarnin tutkimuksessa, Ulkomaalainen suomalaisessa opiskelijahammashuollossa, kartoitettiin eri maista kotoisin olevien opiskelijoiden suun terveyteen liittyvää käyttäytymistä, suun terveydentilaa ja ulkomaisen

hammashoitopotilaan kohtaamiseen liittyviä ongelmia. Aineisto saatiin koottua kyselytutkimuksen avulla suomalaisten ja ulkomaalaisten opiskelijoiden vastauksista. Yleisesti suomalaisilla ja pohjoismaalaisilla oli parhaimmat tiedot suun sairauksista ja niiden ehkäisemisestä, ja he myös kävivät säännöllisesti hammastarkastuksissa. Aasialaisilla, afrikkalaisilla, balteilla ja itäeurooppalaisilla tietämys suun sairauksista oli heikompaa ja heidän puhdistustulokset olivat huonoimmat. Aasialaisilla on oma käsityksensä sairauksien synnystä ja he uskovat sairauksien itsehoitoon, jonka vuoksi he eivät usko länsimaisen lääketieteen ehkäisymenetelmiin kariksen ja kiinnityskudossairauksien hoidossa. Tilastollisesti merkittävämpiä tekijöitä koettuun terveydentilaan olivat opiskelijan kotimaa, ikä, naapuriavun saaminen, yksinäisyyden kokeminen ja menestyminen opinnoissa. (Saarni 1996: 55-56, 119.) Opiskelijoista yli neljäs oli Suomeen tultuaan muuttanut suun puhdistustottumuksiaan. Tämä liittyi kotimaahan, suomalaiseen elämäkumppaniin, suomalaisiin vanhempiin, opiskeluaikaan suomessa, kielitaitoon ja suomessa saatuun puhdistusopetukseen. Ravintotottumuksiltaan Suomalaiset ja pohjoismaalaiset aterioivat päivän mittaan useimmin, kun taas makeisia nauttivat eniten aasialaiset ja makeita juomia käyttivät eniten sekä aasialaiset että afrikkalaiset. (Saarni 1996: 69.)

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan (Vigild - Petersen - Hadi 1999) Kuwaitilaisista 12-vuotiaista 28% ovat kokeneet suun alueen ongelmia, joista 10%:lla on ollut hammassärkyä ja lopuilla on esiintynyt muuta epämukavuuden tunnetta suussa. 71% viidestäsadasta lapsesta koki tarvitsevansa ohjausta suunhoidossa, 32% paikkaushoitoa ja 23% tarvitsi hampaanpoiston. Yli puolella lapsista hammaslääkärissäkäynti johtui hammassäryistä tai ienongelmista. Näistä lapsista 26%:lla poistettiin hammas viimeisimmällä hammashoitokerralla. Sokeria sisältävien ruokien ja juomien käyttö oli erittäin runsasta. Lapset, joiden vanhemmilla oli korkeampi koulutus, väittivät useammin harjaavansa hampaansa säännöllisesti kuin lapset, joiden vanhemmilla oli alhaisempi koulutustaso.

Portugalissa tutkittiin 6- ja 12-vuotiaiden koululaisten (N=799 ja 800) suun terveyttä. Vuonna 1999 kariksen sairastavuusprosentti oli 6-vuotiailla 46,9% ja 12-vuotiailla 52,9%. Sairastuvuus oli vähentynyt kohtuullisesti vuodesta 1984. 7,2%:lla lapsista oli havaittavissa kiilteen samentumia ja 2,1%:lla oli jonkin asteista fluoroosia. (de Almeida - Petersen - Andre - Toscano 2003.)

Brasiliassa tummaihoisten aikuisten on todettu sairastavan merkittävästi enemmän parodontalisairauksia kuin valkoihoisten aikuisten. Tutkimuksessa kontrolloitiin ensin tutkittavien (N=11 342) ikä, sukupuoli, koulutus, tulot ja asuinalueen maantieteellinen sijainti, joiden välillä ei todettu tilastollisesti merkittävää vuorovaikutusta. (Peres MA. - Antunes - Boing - Peres KG. - Bastos 2007.)

6 SUUN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄT TEKIJÄT ERI KULTTUUREISSA

Keskeisimmät eri lähteistä esiin nousseet suun terveyttä edistävät tekijät ovat säännöllinen, itse toteutettava suun puhdistus, suun terveyttä tukeva ravitsemus, ksylitolin ja fluorin riittävä käyttö sekä säännölliset hammashoitokäynnit. Kaikissa maissa näiden kyseisten suositusten ei välttämättä ole mahdollista toteutua; sosiaaliluokka, elintaso sekä terveydenhoitopalveluiden ja terveyttä edistävien tekijöiden saatavuus määräävät pitkälti elämän laadun ja sitä kautta vaikuttavat myös suun terveyteen. Kulttuurilliset elämäntavat ja suhtautuminen terveyteen ja hyvinvointiin voivat poiketa länsimaisesta ajattelusta, esimerkiksi sokerin käytön ja liikalihavuuden ihannointi voivat länsimaisista laihuuden tavoittelijoista tuntua oudolta.

Innofocus-haastatteluissa kysyimme maahanmuuttajilta, miten hampaiden reikiintymistä voidaan heidän mielestään ehkäistä. Vastausvaihtoehtoina oli käyminen säännöllisesti hammashoidossa, harjaamalla hampaat kahdesti päivässä, käyttämällä fluorihammastahnaa päivittäin, välttämällä sokeripitoisten ruokien ja juomien tiheää käyttöä ja kaikilla edellä mainituilla tavoilla. Suurin osa vastanneista (21,7%) vastasi ”kaikilla edellä mainituilla tavoilla”, 17,4% vastasi ”harjaamalla hampaat kahdesti päivässä”, 8,7% uskoi fluorihammastahnan päivittäiseen käyttöön, 4,35% vastaajista piti reikien ehkäisykeinona säännöllisiä hammashoitokäyntejä ja toiset 4,35% välttämällä sokeripitoisten ruokien ja juomien tiheää käyttöä. 43,5% jätti vastaamatta kysymyksen. (Innofocus-tilaisuus 2006.)

6.1 Fluorin käyttö eri kulttuureissa

Riittävän fluorin saannin kannalta syljen erityksellä on merkittävä vaikutus hampaiden hyvinvointiin. Sylki sisältää fluoria. Syljen fluoripitoisuus riippuu juomaveden fluoripitoisuudesta sekä hammastahnasta ja fluoritableteista saadusta fluorin määrästä.

(Saarni 1996: 34.) Sylki huuhtelee suuta, tekee ruuan liukkaaksi ja hillitsee bakteerien kasvua. Se helpottaa nielemistä ja ruoan kulkeutumista ruoansulatuskanavaan. Sen sisältämät ravintoa pilkkovat entsyymit kuten tärkkelystä hajottava amylaasi ja sakkaroosi pilkkovat bakteeriperäisiä sakkaraaseja. Syljen osuus elimistön puolustustehtävässä on sen monien puolustusproteiinien myötävaikutuksesta elimistöön pyrkivien patogeenisten bakteerien, virusten tai ravinnon mutageenien hajottaminen. Kuivasta suusta kärsivän potilaan on huolehdittava riittävästä fluorin saannista korkean kariesriskin vuoksi. Lisäksi hyposalivaatiopotilaiden tulee panostaa hyvään suuhygieniaan ja tarpeen vaatiessa turvaututtava hyposalivaatiopotilaille valmistettuihin suunhoitotuotteisiin. Yleisimmät syyt suun kuivumiseen ovat erilaiset lääkkeet, pään alueelle annettu sädehoito ja reumasairauksista Sjögrenin syndrooma sekä sarkoidoosi ja myös huonossa tasapainossa oleva diabetes. (Tenovuo 2005: 561; Tenovuo 2003: 240-241, 385.)

Fluoria on käytetty kariksen ehkäisyyn jo 1940-luvulta lähtien ja tulokset ovat olleet hyvät. Fluorista tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet sen kariesta ehkäisevän vaikutuksen. (Jokela 1997: 18.) Fluorin tärkeimmät vaikutusalueet ovat hammaskiille ja luusto. Kohtuullisilla ja matalilla annoksilla fluorilla on suojaava vaikutus kiilteeseen ja se ehkäisee kariesta. (Tenovuo 2003: 382.) Asuinpaikan juomaveden fluoripitoisuus vaikuttaa kariksen esiintymiseen. (Saarni 1996: 34.) Osa fluorista siirtyy ruoansulatuksen kautta verenkiertoon, josta se myöhemmin siirtyy sylkeen. Tärkeintä fluorin saannissa on, että syljen fluoripitoisuuden kasvaessa fluori-ionit vahvistavat hampaan pintaa kiihdyttämällä kiilteen remineralisaatiota kalsiumin ja fosfaatin läsnä ollessa. (Tenovuo 2003: 241.) Syljen tärkein tehtävä on sen huuhtova vaikutus: se huuhtoo bakteereita hampaiden pinnalta ja on osana hammaskiilteen kovettumisessa sekä kostuttaa limakalvoja.

Tehokkain kariesta ehkäisevä fluorilähde on fluorihammastahna, jonka fluoripitoisuus tulisi olla suurempi kuin 1000ppm (0,01% F). Kuitenkaan tahnojen, joiden fluoripitoisuus ylittää 1500ppm:n (0,015% F) ei ole todettu vaikuttavan kariekseen enemmän ehkäisevästi. (Richards – Banting 1996: 333.) Burkina Fasossa, Kiinassa, Myanmarissa, Nepalissa, Filippiineillä, Syyriassa, Togossa ja Vietnamin paikallisissa kaupoissa myydyissä hammastahnoissa (N=101) fluoripitoisuus jäi korkeimmillaankin alle 1000 ppm (van Loveren – Moorer – Buijs - van Palenstein Helderma 2005). Muita fluorilisälähteitä ovat suuvedet, fluoritabletit, -purukumit, -geelit, -lakat ja -purskuttelut.

Italiassa tehdyn fluoripurukumin ja fluoritablettien vertailututkimuksen mukaan fluoripurkalla sama kariesta ehkäisevä vaikutus kuin fluoritableteilla (Giuca - Saracino - Giannotti - Ceccarini 2007). TERVEYS 2000 Suomalaisten aikuisten suunterveys - tutkimuksen mukaan fluorihammastahnaa käyttää päivittäin 89% hampaallisista, joista naisten osuus on suurempi kuin miesten. 30-44-vuotiaat käyttävät fluoritahnaa enemmän kuin eläkeikäiset. (Suominen-Taipale 2004.)

Suomessa viranomaiset eivät ole hyväksyneet juomaveden tai suolan fluorausta eikä fluorin lisäämistä makeisiin, vaikka nämä ovatkin hyviä karieksenehkäisy menetelmiä (Tenovuo 2003: 382). Euroopassa juomavettä on fluorattu Irlannissa ja Englannissa. Vielä 1980-luvulla useat sosialistiset maat fluorasivat juomavetensä, mutta tästä preventiomuodosta on sittemmin luovuttu (v.1996). Näissä maissa ei käytetty muita karieksenehkäisy menetelmiä. Ranskassa ja Sveitsissä kariksen katsottiin vähentyneen 60% suolan fluorauksella (v.1991). Pohjois-Israelilaisilta arabiopettajilta (N=597, joista 91,4% vastasi) tiedusteltaessa heidän tietämyksiään kariksen ehkäisy menetelmistä he luokittelivat juomaveden optimaalisen fluorauksen vaikutuksen toissijaiseksi verrattuna hampaiden harjaukseen, hammashoitolakäynteihin, fluoripuruskutteluihin tai sokeripitoisten tuotteiden vähäiseen käyttöön. Vain 68,5% opettajista olivat tietoisia fluorin antibakteerisesta vaikutuksesta ja vain pieni vähemmistö tiesi fluorin potentiaalista initiaalikariksen parantamisessa. (Sgan-Cohen - Saadi - Weissman 1999.) Samoin luokittelivat michiganilaiset opettajat kysyttäessä tehokkaimpia kariksen ehkäisykeinoja lapsilla; säännöllisiä hammashoitolakäyntejä ja vähäistä sokeripitoisten tuotteiden käyttöä pidettiin fluorattua juomavettä tärkeämpänä. Mutta kysyttäessä tehokkainta fluorinsaantitapaa lapsilla, kaupunkilaisopettajat pitivät fluorattua juomavettä ensisijaisena, kun taas maaseudun opettajat luokittelivat sen vasta kolmanneksi. (Lang – Woolfolk – Faja 1989.)

Liiallinen fluorin saanti kehittyvässä hampaistossa aiheuttaa fluoroosia, joka tekee hampaista laikukkaita, hauraita, helposti lohkeavia tai karioituvia. Fluoroosin on todettu aiheuttavan myös luuston muodostumis- ja aineenvaihduntahäiriöitä sekä lisäävän luunmurtumisriskiä. Valmiiksi kehittynyt hampaisto kestää kyllä suuria määriä fluoria, jopa pieniä yliannoksia. Juomaveden (pohjavesi) fluoripitoisuus määrää pitkälti, onko tarpeellista saada fluoria myös muista lähteistä. Jos fluoria käytetään sekä systeemisesti (mm. juomavesi) että paikallisesti (mm. hammastahna, fluoritabletit), fluoroosin riski kasvaa, kun taas pelkästään paikallisesti käytettynä tämä riski on olematon (Jokela

1997: 20.) Fluoroosista on tullut ongelma niillä alueilla, joilla juomavettä fluorataan, sillä fluorin käyttö paikallisesti on lisääntynyt. Tutkimuksessa ilmeni, että niissä teollistuneissa maissa, joissa kariuksen esiintyvyys on vähentynyt, vettä ei olisi välttämätöntä fluorata kariuksen ehkäisyn vuoksi. Tutkimuksessa todetaan kuitenkin, että juomaveden fluoraaminen köyhimmissä maissa on tehokkain keino ehkäistä kariesta. (Pizzo - Piscopo - Pizzo - Giuliana 2007.)

Tutkimuksista nousi oleellisesti esiin fluorin riittävän saannin tärkeys kariuksen ehkäisyssä. Kehitysmaissa juomaveden fluoraus on osoittautunut tehokkaimmaksi keinoksi fluorin saannin takaamiseksi. Teollistuneissa länsimaissa suunhoidon välineet ja fluoripitoiset tuotteet ovat kuitenkin käytössä niin yleisesti, ettei erillistä juomaveden fluorausta tarvita. Näissä maissa juomaveden fluorauksesta olisi todennäköisemmin jopa haittaa, koska fluoroosin riski kasvaa. Maahanmuuttajien tietoutta kariuksen ehkäisykeinoista ei tunneta riittävästi; heillä saattaa olla uskomus siitä, että hampaiden reikiintyminen on luonnollista, eikä siihen voi itse vaikuttaa, vaan terveydenhuoltoalan ihmiset ovat sairauden poistajia, jotka hoitavat hampaat kuntoon. Kariesta ei välttämättä mielletä sairaudeksi. Suun terveydenhuoltoalan henkilökunnan tulisi muun ehkäisevän terveysneuvonnan ohella informoida maahanmuuttajia, erityisesti Aasiasta, Afrikasta ja Itä-Euroopan maista tulleita ulkomaalaisia, mitä fluori on ja mikä merkitys sen käytöllä on hampaiden terveyttä ylläpitävänä tekijänä, sekä mistä sitä saadaan ja kuinka paljon sitä tulisi käyttää.

6.2 Ravitsemustottumukset eri kulttuureissa

Ruokavaliolla on olennainen vaikutus suun ja hampaiden terveyteen. Vaikutus voi olla joko positiivista, hampaita vahvistavaa, tai negatiivista, hampaan kiillettä vaurioittavaa. Erilaiset vitamiinit kuten A- ja D-vitamiini, sekä C-vitamiini ja B-vitamiiniryhmän aineet vaikuttavat suun terveyteen merkitsevästi. (Tenovuo 2005: 561-568.) Suomessa tummaihoisen maahanmuuttajan D-vitamiinin saanti saattaa olla riittämätöntä peittävän vaatetuksen ja runsaan sisällä olon vuoksi. Tumma ihonväri vähentää D-vitamiinisynteesiä iholla. (Räsänen 2005: **mikä sivu?**.) Kyseisten vitamiinien puute voi ilmetä joko suun limakalvoissa, kielessä tai hampaan kiilteessä, mutta useimmiten näiden vitamiinien puute on harvinaista ja myös monet muut tekijät saattavat aiheuttaa näkyviä oireita suussa. (Tenovuo 2005: 561-568.) Etelä-Afrikassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin lasten aliravitsemuksen olevan korkea riskitekijä iensairauksien

ja kariksen esiintymisessä; tutkimuksissa aliravittujen lasten hampaista löydettiin plakkaa, ientulehdusta, kariesta ja ”valkoisia läikkiä”. Lasten ruokaa oli usein sokeroitu, ja se sisälsi lähinnä vain energiaa eikä lainkaan suojaravintoaineita. (Gordon 2007.)

WHO:n teettämän tutkimuksen mukaan ravitsemuksella on yhteys suun terveyteen esimerkiksi vaikuttamalla suun tulehdussairauksien ja suusyöpien syntyyn. Hampaiden kunnolla on huomattava vaikutus itsetuntoon ja elämän laatuun. Ravitsemus vaikuttaa hampaiden kehitykseen; aliravitsemus pahentaa parodontiittia ja suun infektiosairauksia. Ruoan huomattavin vaikutus suulle on kuitenkin sen hampaiden pinnalla aiheuttamat karies- ja eroosiovauriot. Todistettavasti on voitu osoittaa, että sokerin määrällä ja käyttötiheydellä on selkeä yhteys kariksen esiintymiseen. On tärkeää, että maissa, joissa sokerin kulutus on vähäistä, sokerin kulutus ei kasvaisi, sillä sokerin käytön ollessa alle 15-20kg/vuosi (6-10% energian saannista) kariksen esiintyminen on todistettavasti matalalla. Runsaasti sokeria kuluttavissa maissa terveysviranomaisten ja päättäjien tulisi asettaa tavoitteeksi vähentää sokerin kulutusta 10E%:iin (energiaprosenttiin), joka on sokerin kulutussuosituksen vuosittainen maksimiarvo. Lisäksi sokeripitoisia ruokia saisi nauttia maksimissaan neljästi päivässä. (Moynihan, P – Petersen, PE 2004.)

Paras suoja hampaille on monipuolinen pureskelua vaativa proteiini- ja kuitupitoinen ravinto, joka stimuloi syljen eritystä ja näin ollen syljen puskurointikyky voimistuu, joka taas on hyödyllistä hampaiden ja suun terveydelle. (Tenovuo 2005: 562.) Ravinnon suojaavia vaikutuksia ovat esimerkiksi kokojyvätuotteissa ja kaakaojauheessa fytaatit, polyfenolit ja teofylliini, jotka estävät suubakteerien kiinnittymistä hampaistoon ja näin ollen pienentävät mikrobisairauksien mahdollisuutta. Myös porkkanoiden, eräiden hedelmien ja jyvien sisältämällä lektiineillä on samankaltainen vaikutus. Juustot ja pähkinät puolestaan vapauttavat suussa emäksisiä ainesosia, jotka neutraloivat hapontuottoa. Näiden avulla siis voidaan lähes ksylitolin tapaan katkaista sokerin aiheuttama happohyökkäys. Ateria olisikin hyvä päättää aina ksylitolipurukumiin tai palaan juustoa. (Tenovuo 2005: 561-568.)

Suomen maahanmuuttajilla on oman kulttuurin mukainen ruokavalio, jonka noudattamisen tärkeys saattaa korostua uudessa ympäristössä, koska yhteiset ruokatottumukset luovat yhtenäisyyden tunnetta. Maahanmuuttajilla saattaa esiintyä ravitsemusongelmia uudessa kotimaassa uusien ruokatottumuksien ja uuden

elintarvikevalikoiman myötä. Tämän vuoksi on tärkeää antaa ravitsemusneuvonnan yhteydessä käytännöllistä tietoa suomalaisista elintarvikkeista, niiden säilyttämisestä ja käsittelystä sekä ostosten teosta. Monissa etnisissä eli kulttuuriperäisissä ravitsemustottumuksissa vältetään alkoholin käyttöä. Myös uskonto säätelee monien kulttuurien ruokavalion sisällön, esimerkiksi islaminuskoisilla sian lihan käyttö kielletty, ja hindulaisuudessa taas ihannoidaan vegetarismia ja heidän ruokakulttuurissaan on yksityiskohtaisia sääntöjä ruoan valmistamisesta, käsittelystä ja tarjoilusta. Nauta on hindulaisuudessa pyhä eläin eikä sitä sen vuoksi saa syödä tai tappaa. Buddhalaisen uskonnon edustajat suosivat vegetarismia, kohtuullisuutta ja ajoittaisia paastoja ruokavaliossaan. Juutalaisuudessa ruokasäännöksiä on paljon. Muun muassa lihatuotteista sallittuja ovat naudan-, lampaan- ja poronliha. Myös siipikarjatuotteet hyväksytään. Liha- ja maitotuotteiden nauttiminen samaan aikaan on kielletty. (Räsänen 2005: 63, 66-67.)

Irlannissa tutkittiin vuonna 1997 Belfastilaisten viisivuotiaiden lasten suun kuntoa ja ruokailutottumuksia. 168 tutkimukseen osallistuneesta lapsesta 68%:lla oli ollut kariesta. Hampaiden karioituminen ei johtunut vanhempien työttömyydestä. Monet työttömien lapsista osallistuivat hammashoittoon vain särkytapauksissa. Vanhempien työllisyys ja asenteet heijastuivat lasten ruokavalioon ja sitä kautta kariksen esiintymiseen. Kariksen esiintyvyys oli riippuvainen vanhempien osallistumisesta hampaiden hoitoon sekä hiilihappopitoisten juomien ja sokerin käytöstä. (Freeman - Breistein - McQueen - Stewart 1997.)

6.2.1 Sokerin vaikutus kariksen esiintymiseen maailmalla

Sokereita esiintyy tavallisessa ruoassa hiilihydraatteina. Sama sokerimäärä voi eri ihmisillä olla joko haitallinen tai harmiton. Hampaiden reikiintymisen kannalta sokerin määrällä ei ole niin paljon merkitystä kuin sen nauttimisfrekvenssillä. Sokeripitoisuus ei siis ole suoraan yhteydessä tuotteen haitallisuuteen hampaille, vaan olennaisia tekijöitä ovat myös nauttimistapa, - tiheys ja vaikutus syljen eritykseen, sekä ravintoaineen poistumisnopeus suuontelosta. (Tenovuo 2005: 561-568.) Sokerin käyttöä tulisi rajoittaa myös sen yleisterveydelle haitallisten vaikutusten vuoksi. Vähiten koulutusta saaneet ja etenkin miehet ovat ensisijainen ja suurin sokeria koskevan neuvonnan kohderyhmä. Heillä sokeripitoisten juomien käyttö on erittäin runsasta. Makeisten käyttö sen sijaan näyttää olevan vähäisempää kaikilla suomalaisilla aikuisilla. Sokeroidun kahvin tai teen

päivittäiskäyttäjiksi osoittautui 54% miehistä ja 34% naisista. (Suominen-Taipale 2004). Pohjoismaihin saapuneiden maahanmuuttajien ruokailutottumuksissa on havaittu runsaasti sokeripitoisten tuotteiden ja maidon sekä teollisten tuotteiden kuten äidinmaidonkorvikkeen käyttöä (Räsänen 2005: 66-68).

Stadian suuhygienistiopiskelijoiden pitämässä maahanmuuttajille järjestetyssä Innofocus-tilaisuudessa haastattelimme eri ikäisiä ja eri kulttuuritaustaisia miehiä ja naisia muun muassa heidän ruokailutottumuksistaan. Aterioihin laskettiin aamiainen, lounas tai illallinen. Suurin osa (57,2%) ilmoitti nauttivansa kaksi tai enemmän kuin kolme aterialla päivässä. Päivittäin kolme aterialla nauttivia oli viisi henkilöä (23,8%) ja yksi vastaajista nautti vain yhden aterian päivässä. Lisäksi halusimme tietää heidän välipalakerroistaan. Välipaloiksi luettiin makeiset, keksit, voileivät, yms. Vastaajista viisi (21,7%) ilmoitti syövänsä yhden välipalan päivässä. Neljä haastateltua söi kaksi välipalaa päivittäin, ja sama vastaajamäärä ei syönyt välipaloja lainkaan. Enemmän kuin kolme välipalaa nautti kaksi maahanmuuttajaa. Seitsemän (30,4%) haastateltua jätti vastaamatta kysymykseen. Kysyimme myös erikseen runsaasti sokeria sisältävien elintarvikkeiden, kuten makeisten, käytöstä. 26,1% söi makeisia noin kerran viikossa tai harvemmin ja sama vastaajamäärä söi makeisia kerran päivässä. 13% vastaajista ei syönyt koskaan makeisia. Muutaman kerran viikossa tai useamman kerran päivässä makeisia nautti yhteensä 17,4%, vastaukset jakautuivat tasan. Neljä jätti vastaamatta kysymykseen. Janojuomana suurin osa (36,4%=8) käytti vettä. Hedelmätuoremehua käytti vastaajista seitsemän, kuusi henkilöä joi janoonsa virvoitusjuomia, joista yksi käytti kevyt-tuotteita.

Helsingin kaupungin ja Stadian järjestämässä maahanmuuttajaaideille suunnatussa Sahrami-tilaisuudessa, Maahanmuuttajataustaisten naisten suun terveystottumukset ja tiedot reikiintymisen ehkäisystä, tehtyjen haastattelujen mukaan 61% maahanmuuttajanaisista söi kahdesta kolmeen aterialla päivässä ja 12%:lla oli useampia kuin kolme välipalaa päivässä. Päivittäin makeisia nautti 33% maahanmuuttajanaisista. Janojuomana 22% (N=4) käytti vettä, 17% (N=3) limonadia ja 60% (N=11) hedelmätuoremehua. 39% ei tiennyt hampaiden reikiintymisyyttä. Reilusti yli puolelle (N=9) oli epäselvää reikiintymistä aiheuttavan bakteerin tarttuminen ja leviäminen syljen välityksellä. Hammasbakteeritartunnan riski-ikää ei tiennyt tai tiesi väärin 76% (n=13) vastanneista. Oikean vastauksen hampaiden reikiintymisen ehkäisykeinoista tiesi

22% (n=4), mutta lähes kaikki (89% n=16) osasi mainita jonkin ehkäisykeinon. (Sahrami-tilaisuus 2006.)

Vuonna 2001 tanskalainen tutkimus selvitti 6- ja 12-vuotiaiden kaupunkilais- ja maalaislasten suunhoitotottumuksia Etelä-Thaimaassa, Suratthanin provinssissa. Lapset ilmoittivat nauttivansa päivittäin merkittäviä määriä piilosokerituotteita: virvoitusjuomia 24%, sokeroitua maitoa 34% ja sokeroitua teetä 26%. Kuusivuotiaista (N=1156) kariesta esiintyi 96,3%:lla ja olennaisin dmft-arvo oli 8.1. 12-vuotiaista 70%:lla esiintyi kariesta pysyvissä hampaissa, DMFT:n ollessa 2.4. Kuitenkin 88% lapsista väitti harjaavansa hampaat vähintään kerran päivässä. (Petersen - Hoerup - Poomviset - Prommajan - Watanapa 2001.)

Jordaniassa 6-16-vuotiaiden (N=1556, joista poikia 48,7% ja tyttöjä 51,3%) vanhemmista 80% tiesi sokerin haitallisista vaikutuksista ja 79% tiesi huonon suuhygienian aiheuttavan hampaiden reikiintymistä. 79% vanhemmista uskoo hyvän suuhygienian ehkäisevän hammassairauksia, 42% puolestaan uskoo sokerituotteiden rajoittamiseen ja 36% korostaa säännöllisiä hammashoitokäyntejä. (Rajab - Petersen - Bakaeen - Hamdan 2002.)

Kiinalaisista 35-44-vuotiaista 43% (N=4398) käytti makeisia päivittäin, vastaavasti 65-74-vuotiaista sokeripitoisia tuotteita nautti päivittäin 28% (N=4399). Hammaskarieksen esiintymiseen vaikutti kaupunkilaisuus, sukupuoli, harjauskertojen tiheys, harjaukseen käytetty aika ja harjaustekniikka. Tietämys parodontaalisairauksista ja niiden ehkäisystä oli alhainen ja ennaltaehkäisevästä hoidosta ajateltiin hieman jopa negatiivisesti. (Zhu - Petersen - Wang - Bian - Zhang 2005.)

Intiassa, Bhopalissa, 11-13-vuotiailla lapsilla (N=599, joista 181 maaseudulta, 277 kaupungeista ja 141 kaupunkien slummialueilta) todettiin kariesta 57%:lla. Slummialueiden lapsilla esiintyi kariesta 2,5 kertaa enemmän kuin maaseudun lapsilla johtuen slummialueen runsaasta sokeriruokien ja virvoitusjuomien käytöstä. 15%:lla lapsista oli terveet ikenet ja 91%:lla maaseudun lapsista CPI-arvoksi saatiin 2. Kaupunkilaislapsilla 3,5 sekstanttia sai CPI-arvoksi 0, kun taas vastaavasti slummialueella saman arvon sai 0,6 sekstanttia. (Christensen - Petersen - Bhambal 2003.)

Norjalainen vuonna 2000 tehty tutkimus selvitti Ghanalaisten 14-18-vuotiaiden maalais- ja kaupunkilaisnuorten (N=504) suunhoitotottumuksia ja sokerin kulutusta. 97% kaupunkilaisista ja 96% maaseudulla asuvista ilmoitti harjaavansa hampaat päivittäin, suhteellisen pieni määrä kertoi käyttävänsä hammastikkua ja nauttivansa sokerivälipaloja. Makeisten ja herkkujen sekä hammastikun käytöllä oli suuret alueelliset erot; sokeroitujen välipalojen sekä hammastikun käyttö oli paljon yleisempää kaupungeissa kuin maaseudulla asuvilla. (Blay - Astrom - Haugejorden 2000.)

6.2.2 Happaman ruokavalion aiheuttamat hammaskiillevauriot

Sokerin haitallisuuden ohella myös hapan ruokavalio saattaa aiheuttaa hampaiden kemiallista liukenemista eli eroosiota ilman, että siinä olisi bakteerimetabolialla minkäänlaista osuutta. Kaikki sitruunahappoa sisältävät ravintoaineet kuten sitruunat, greipit ja appelsiinit ja niistä valmistetut mehutiivisteet aiheuttavat helposti eroosiota. Myös muut orgaaniset hapot kuten etikkahappo, viinihappo ja omenahappo aiheuttavat kovakuduskatoa. Lisäksi happamat virvoitusjuomat ja urheilujuomien runsas nauttiminen ovat eroosion yleisimpiä syitä. Jossain määrin eroosio voi johtua täysin muista syistä kuin ravinnon komponenteista. Happamat röyhtäisy, mahahapon tulo suuhun tai esimerkiksi anorexia nervosa tai bulimia aiheuttaa hampaissa kovakudoksen vahingoittumista. (Tenovuo 2005: 561-568.)

Saksassa 2-7-vuotiailla 32%:lla esiintyi eroosiota. Näistä 13,2%:lla ilmeni dentiinieroosiota vähintään yhdessä hampaassa. Yleisimmät eroosion vahingoittamat hampaat olivat maitoyläinkisiivit. Lasten ruokavalio, suun terveystottumukset, systeemiset sairaudet ja syljen kalsium- ja fosfaattipitoisuudet selvitettiin, mutta niillä ei nähty olevan yhteyttä eroosion esiintymiseen. (Wiegand A, Müller J, Werner C, Attin T 2006.)

Irlannissa 47%:lla 5-vuotiaista lapsista esiintyi eroosiota. Fluoratuilla ja fluoraamattomilla alueilla eroosion vahvuuksilla ei ollut eroa. Eroosion esiintyvyyteen vaikuttivat alhainen sosio-ekonominen asema sekä hedelmäpuristeiden ja hiilihapollisten juomien käytön yleisyys. (Harding MA - Whelton H - O'Mullane DM - Cronin M 2003.)

Voimakasta eroosiota löydettiin 34%:lla 5-6-vuotiaista ja 26%:lla 12-14-vuotiaista saudi arabialaisista lapsista. 65% 5-6-vuotiaista pojista ottivat nukkumaan mennessään mukaansa yöjuotavaa; 35% joi vettä ja 21% hiilihappopitoisia virvoitusjuomia. Kolmasosalla oli mukanaan yösyötävää, joka 60%:lla tarkoitti makeaa ruokaa tai leivonnaisia. 70% 12-14-vuotiaista pojista joivat öisin vettä (30%), hiilihapollisia virvoitusjuomia (27%) ja sokeroitua teetä tai kahvia (18%). Vähintään kerran viikossa yösyömistä harrasti 46% pojista; 54%:ssa tapauksista naposteltiin makeaa ruokaa tai leivonnaisia. Tutkimuksessa todettiin, että sekä maito- että pysyvissä yläinkisiivissä palatinaalipinnalla esiintyvän eroosion ja yöjuomisen välillä on merkittävä yhteys. Eroosioon vaikutti huomattavasti myös juoman kesto suussa ajallisesti. Tutkimukseen osallistuneiden ikäisillä pojilla maito- ja pysyvien hampaiden eroosio on yleisempää Saudi Arabiassa kuin samanikäisillä pojilla Britanniassa. (Al-Majed - Maguire - Murray 2002.)

Kiinassa Hubein ja Guangxin provinseissa eroosiota todettiin vain 5,7%:lla 3-5-vuotiaista lapsista. Niillä lapsilla, joiden vanhemmilla oli korkeampi koulutus, oli enemmän eroosiota verrattuna lapsiin, joiden vanhemmilla oli keskiasteen tai sitä alempi koulutus. Myös hedelmäjuomien nauttimisella tuttipullostalla ja hedelmäjuomien käytöllä nukkumaanmeno-aikaan oli yhteys kariksen esiintymiseen. (Luo - Zeng - Du - Bedi 2005.)

Brasiliassa 13- ja 14-vuotiailla koululaisilla todettiin eroosiota 34,1%:lla yläinkisiivien palatinaalipinnalla. Eroosiota havaittiin enemmän pojilla. Kuitenkaan eroosiolla, sukupuolella ja sosio-ekonomisilla tekijöillä ei ollut merkittävää yhteyttä toisiinsa. (Auad - Waterhouse - Nunn - Steen - Moynihan 2007.)

6.2.3 Ksylitolin kariesta ehkäisevä vaikutus

Ksylitoli on sokerialkoholi, makeutusaine, jota kariesbakteeri ei pysty hyödyntämään hapon tuotannossa. (Mäkinen 2001: 22,25-26). Ksylitolin suosituin käyttömuoto on purukumi. Sitä tulisi nauttia pureskelu- tai imeskelymuodossa noin 1g kerta-annoksina vähintään kolme kertaa päivässä, mieluiten heti aterioiden ja välipalojen jälkeen kariksen ehkäisemiseksi (Alaluusua 2003: 544). Optimaalista ksylitolin käyttöiheyttä on vaikea määritellä tutkimustenkaan valossa, mutta 3-5 käyttökertaa päivässä 5-10 minuutin ajan on merkittävä tekijä kariksen ehkäisyssä, kun aikuisille suositeltava 5-7

gramman minimipäiväannos täyttyy. Imeväisikäisille ja pienille lapsille ksylitolia suositellaan 1-2 grammaa päivässä. (Mäkinen 2001: 60.) Nautittava ksylitolin määrä riippuu tuotteen ksylitolipitoisuudesta, esimerkiksi purukumituotetta, jonka ksylitolipitoisuus on 30%, aikuisten tulee nauttia noin 7 tynyä tasaisesti päivän aikana.

Ksylitoli lyhentää ruokailun jälkeistä kiilteen demineralisaatioaikaa ja nopeuttaa pH:n palautumista normaalille tasolle, jolloin remineralisaation on mahdollista tapahtua. Puhkeavat hampaat saavat ksylitolista hyvän ja pitkäaikaisen kariessuojan. Lasten päivittäinen ksylitoliannos ei saisi ylittää 10 grammaa, sillä suurena kerta-annoksena ksylitoli aiheuttaa ripulia. (Alaluusua 2003: 544.) Suomalaisista ksylitolipurukumia käyttää päivittäin 11% hampaallisista miehistä ja 19% hampaallisista naisista. Nuorimmat (30-44-vuotiaat) käyttävät ksylitolia enemmän kuin muut. Ksylitolipurkan käyttö on yleisempää niillä, joilla on korkeampi koulutus. (Suominen-Taipale 2004.) Suomalaisten ksylitolivalmisteiden käyttö on lisääntynyt ulkomailla. Ksylitolia markkinoidaan muun muassa monissa Aasian maissa ja Italiassa, tärkeimmät vientimaat ovat Japani, Yhdysvallat ja Saksa. Suomi, Japani ja Korea ovat ksylitolituotteiden käytön kärkimaita nykyisin. Ksylitolipurukumi on näissä maissa yleisin ja käytetyin purukumi. Sen käyttö on säännöllistä ja sen hammasystävälliset vaikutukset tunnetaan. (Fennobon 2007.)

6.2.4 Ravitsemusneuvonnan haasteet suuhygienistin työssä

Maahanmuuttajilla voi olla erilainen suhtautuminen ruokaan ja sen merkitykseen kuin Suomessa on totuttu ajattelemaan. Oman kulttuurinmukaisen ruoan valmistaminen luo heille vähemmistönä yhtenäisyyden tunnetta. Ruoka edustaa kehitysmaissa usein vaurautta ja se saatetaan nähdä vain rikkaiden etuna, tällöin lihavuudesta tulee ihannoinnin kohde. Sokerin, etenkin sokeripitoistenjuomien, käyttö on maailmalla hyvin yleistä, ja maahanmuuttajat Suomeen tullessaan suosivat sokeripitoisia tuotteita. Tämä aiheuttaa haasteita hammashuollon parissa työskenteleville vaikuttaa maahanmuuttajien sokerinkäytön tottumuksiin tehokkaasti heille suunnatulla tavalla. Hammashuollossa olisi hyvä kiinnittää huomioita terveystieteiden yhteydessä liikalihavuudesta aiheutuviin terveysongelmiin.

Aasialaisten hapan ruokakulttuuri saattaa aiheuttaa myös vaurioita hampaan kovakudoksen pinnalla esiintyvänä eroosiona, vaikka löytämämme tutkimuksen

mukaan kiinalaisilla lapsilla eroosiota esiintyi yllättävän vähän. Eroosiota esiintyy kuitenkin maailmanlaajuisesti, sillä hammaskiillettä kuluttavien juomien ja elintarvikkeiden käyttö on huomattavasti lisääntynyt. Suun terveydenhuollossa on mietittävä, millä keinoilla voidaan vaikuttaa maahanmuuttajien ruokailutottumuksiin niin, että he voivat kuitenkin toteuttaa oman kulttuurinsa ruokailutottumuksia.

Ksylitoli ja sen terveysvaikutukset hampaisiin tunnetaan Suomessa, mutta kaikki Suomessa asuvat maahanmuuttajat eivät välttämättä ole tietoisia siitä ja sen eduista. Myös purukumia saatetaan vierastaa joissakin kulttuureissa, toisaalta ksylitolin kalleus saattaa olla este sen käytölle. Ksylitolia saatetaan pitää jopa karkkina, joka mielletään vain lasten käytettäväksi ja näin ollen sitä on vaikea yhdistää suun terveyden edistämiseen. Monissa kulttuureissa makeisten käyttöä ei pidetä soveliaana aikuisilla. Hammashuollossa on kiinnitettävä huomioita näiden asioiden puitteissa, miten tieto ksylitolin terveysvaikutuksista saavuttaa maahanmuuttajat ja miten heidät saadaan suosimaan sen käyttöä.

6.3 Suuhygieniatottumukset eri kulttuureissa

Vaikka fluorin saanti on tärkein tekijä kariksen ehkäisyssä, se ei välttämättä yksistään aina riitä. Kariesbakteerien määrää on vähennettävä suussa. On osoitettu että hyvä suuhygienia estää kariesta hampaiden sileillä pinnoilla. Purupintojen ja hammasvälien kariksen vähenemiseen vaikuttavat yhdessä puhdistus ja fluori, mutta ei tiedetä, missä suhteessa. Todistettu on kuitenkin, että paras keino ehkäistä kariesta koko hampaistossa on harjata hampaat vähintään kahdesti päivässä fluorihammastahnaa käyttäen sekä langata hammasvälit hammaslangalla päivittäin. (Tenovuo 2003: 382; Jokela 1997: 20.)

Puhtaan ja terveen suun tuottama mielihyvä tulisi kannustaa jokaista ihmistä hyvään suuhygieniaan. Mekaanisen tai kemiallisen suun puhdistuksen tarkoituksena on vähentää bakteeripeitteiden määrää hampaiden pinnoilta, sekä ehkäistä hampaiden karioitumista, ientulehdusta ja kiinnityskudossairauksia. Hampaiden harjaus, hammasvälien puhdistus ja kielen, sekä limakalvojen puhdistus kuuluvat suun mekaaniseen puhdistamiseen, joka kuuluu jokaisen omaehtoiseen suunhoitoon. Hampaat tulisi harjata kaksi kertaa päivässä aamulla ja illalla. Hammasharjan tulisi olla pehmeä, pienikokoinen ja harjaspinnaltaan tasainen, näin mahdollistettaisiin vaikeampienkin hammaspintojen puhdistuminen ienkudosta vahingoittamatta.

Hampaiden harjauksessa käytetään joko tavallista käsiharjaa tai manuaalista sähköhammasharjaa.

Kiinassa vuonna 2006 tehtiin tutkimus sähköhammasharjan ja tavallisen käsiharjan tehokkuudesta plakin poistamisessa. Tutkimukseen osallistui viisikymmentä 6-7-vuotiasta lasta, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Ryhmä, joka käytti sähköhammasharjaa, sai plakkia poistettua 70,22%, kun taas käsiharjalla (kontrolliryhmä) plakkia poistettiin 39,08%. Mesiaali- ja linguaalipinnoilla sähköhammasharjalla puhdistus oli kaksi kertaa tehokkaampaa kuin käsiharjalla. (Sun - Wang - Hu - Qu - Ni 2006.) Hampaiden välipinnat tulee puhdistaa hammaslangalla, hammastikulla tai mahdollisesti hammasväliharjalla. Puhdistusväline valitaan yksilöllisesti, jolloin otetaan huomioon käden motoriset taidot sekä hampaiden välisen tilan laajuus. (Keto – Murtomaa 2003: 1072.) Lisäksi suuta voidaan puhdistaa erilaisilla suuvesillä, ja tilapäisesti voidaan korvata suun mekaaninen puhdistus klooriheksidiinisuuhauteella, mikä vähentää bakteeripeitteen lisääntymistä. (Keto – Murtomaa 2003: 1070; Vehkalahti - Paunio - Nyssönen - Aromaa 1991: 63.)

6.3.1 Suomessa ja Euroopassa

TERVEYS-2000 Suomalaisen aikuisen suunterveys -tutkimuksessa selvisi, että harjauskertojen määrä ei välttämättä takaa riittävän hyvää, terveyshyödyn saavuttavaa puhtaustulosta. Tutkimus osoitti, että harjauskerroilla oli merkitystä suun puhtauteen, muttei odotetusti. Tutkimukseen osallistuneista (n=5595) suositeltavaa terveystapaa noudattaa 45% miehistä ja 76% naisista, vastaavat luvut Englannissa ovat 64% miehistä ja 83% naisista. Päivittäin suunsa puhdistamatta jättää 13% miehistä ja 2% naisista, Englannissa miehistä 7% ja naisista 1% laiminlyö päivittäisen puhdistuksen. Hammaslangan tai hammasväliharjan käyttö Suomessa on yleisempää naisilla kuin miehillä. Englannissa hammaslangan tai hammasväliharjan käyttö on yleisempää, mutta naiset ovat silti ahkerampia välienpuhdistajia kuin miehet. (Suominen-Taipale 2004.)

Innofocus-haastatelluista maahanmuuttajista suurin osa 69,6% ilmoitti pesevänsä hampaat kaksi kertaa päivässä tai useammin, kerran päivässä peseviä oli 8,7% ja vain 4,3% ilmoitti harjaavansa hampaat kerran viikossa tai harvemmin. Fluorihammastahnaa käytti 95,5% ja 4,3% vastanneista ei tiennyt, mitä fluorihammastahna on. Innofocus-haastattelussa ilmeni, että suurin osa (59,1%, N=13) ei ole käyttänyt koskaan hammaslankaa. Muutaman kerran viikossa lankasi kolme maahanmuuttajaa (13,6%),

yhtä suuri määrä lankasi päivittäin. Noin kerran viikossa tai harvemmin lankasi yksi (4,5%) vastanneista ja kaksi vastaajista (9,1%) ei tiennyt, mikä on hammaslanka. (Innofocus-tilaisuus 2006.) Sahrami-haastattelussa kaksi kertaa päivässä fluorihammastahnalla harjaavia oli 94%. Tilaisuudessa ilmeni, että 71% ei käyttänyt hammaslankaa (Sahrami-tilaisuus 2006).

Liettuassa aikuisten suunhoidon tottumuksia ja asenteita käsittelevään tutkimukseen osallistui yhteensä 361 aikuista, jotka olivat iältään 35-44- ja 65-74-vuotiaita. Lähes kaikilla nuoremmilla aikuisilla oli jäljellä omat hampaat, kun taas vanhemmista aikuisista 14% oli hampaattomia. 45% nuoremmista hampaallisista aikuisista ja 36% vanhemmista hampaallisista aikuisista ilmoittivat omistavansa huonot hampaat, ja 66% ja 55% oli kokenut hammassärkyä kuluneen vuoden aikana. 35-44-vuotiaista 33% ja 65-74-vuotiaista 21% ilmoitti harjaavansa hampaat vähintään kahdesti päivässä. Yleisesti tutkimukseen osallistuneilla oli positiiviset tiedot ja asenteet hampaiden hoitoon; kuitenkin 56% ei tiennyt lainkaan fluorin vaikutuksista hampaisiin. Suun terveydentila ja suunhoidon tottumukset olivat yhteydessä hammashoitopalveluiden käyttöön. (Petersen - Aleksejuniene - Christensen - Eriksen - Kalo 2000.)

Vuonna 1999 64% puolalaisista 6- ja 12-vuotiaista lapsista (N=5350), joista suhteellisen suuri osa kaupunkialueelta, ilmoitti pesevänsä hampaat vähintään kahdesti päivässä. Lasten suunhoitotottumuksiin vaikutti voimakkaasti koulusta saatu suunhoidon opetus sekä äitien koulutustaso. Opettajien tietämys ja asenteet suunhoitoa kohtaan olivat äitejä korkeammat. Opettajat olivat tietoisia lasten yleisestä huonosta suun terveydentilasta ja halusivat siksi olla osallisina suun terveydenhoidon opetuksessa. (Wierzbicka - Petersen - Szatko - Dybizbanska - Kalo 2002.)

12-vuotiaista portugalilaisista 90%:lla oli huono suuhygienia, CPI-arvo oli 2. Kuusivuotiaista 31% ja 12-vuotiaista 55,6% ilmoitti harjaavansa hampaat kahdesti päivässä. (de Almeida - Petersen - Andre - Toscano 2003.)

Erään turkkilaisen yliopiston opiskelijoiden suunhoitotottumuksia tutkittiin kyselylomakkeiden avulla. 610:stä ei-hammaslääketieteenopiskelijasta 68%, joista enemmän naisia kuin miehiä, vastasi harjaavansa hampaansa kahdesti tai useammin päivässä. Vain 3% käytti hammaslankaa päivittäin. 40% käytti ainoastaan hammastikkaa hammasvälienpuhdistukseen. (Kirtiloğlu - Yavuz 2006.)

6.3.2 Muualla maailmassa

Pohjoisraelilaiset opettajat (N=597, joista 91,4% vastasi) tuntuivat tutkimuksen mukaan olevan vähiten motivoituneita koulun suunhoito-ohjelmiin kuten pinnoituksiin, harjauksen ja lankauksen ohjaamiseen ja suun huuhteluun, jotka vaativat osan kouluajasta sekä heidän omaa aktiivista osallistumistaan. Sen sijaan opettajat olivat innostuneita informoimaan vanhempia suuhygienian tärkeydestä ja opettamaan lapsille ennaltaehkäisevää hampaiden hoitoa. (Sgan-Cohen - Saadi - Weissman 1999.)

Jordanialaisista 6-16-vuotiaista lapsista 31% harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä, joista 14% 6-9-vuotiaista sai ohjausta vanhemmiltaan. Vanhempien hammashoitolassa käynnit vaikuttivat vahvasti lasten suunhoitotottumuksiin. Myös vanhempien koulutustasolla oli vaikutusta. (Rajab - Petersen - Bakaeen - Hamdan 2002.)

Intian Bhopalissa 11-13-vuotiaista lapsista 75% ilmoitti harjaavansa hampaat kerran päivässä ja 31% prosenttia käytti tavallista käsihammasharjaa. Yleinen tietous suun terveydestä oli vähäistä. (Christensen - Petersen - Bhambal 2003.)

Hubein provinssissa, Kiinassa, vain 40% 12-vuotiaista kaupunkilaislapsista (N=698) harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä (Peng - Petersen - Fan - Tai 1997). Kiinassa yhteensä 44,4% 12- ja 18-vuotiaista (N=8800) harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä vain 17% heistä käyttäen fluorihammastahnaa. Melkein puolet tutkimukseen osallistuneista (47,2%) ei ollut koskaan saanut suunhoidon opastusta. Provinssien välillä ilmeni merkittäviä vaihtelevuuksia henkilökohtaisen suunhoidon toteutuksessa, ja säännölliset suunhoitotottumukset olivat yleisempiä kaupunkialueilla kuin maaseuduilla. (Zhu - Petersen - Wang - Bian - Zhang 2003.) Kiinalaisista 35-44-vuotiaista 32% (N=4398) ja 65-74-vuotiaista 23% harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä, mutta vain 5% käytti fluorihammastahnaa (Zhu - Petersen - Wang - Bian - Zhang 2005).

Vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin Burkina Fason kaupungeissa ja maaseudulla asuvien 12-vuotiaiden lasten (N=505) ja 35-44-vuotiaiden aikuisten (N=493) tietoutta ja asennetta suunhoidon tottumuksiin. 36% lapsista ja 57% aikuisista

puhdisti hampaansa päivittäin. Kaikkiaan tiedot ja asenteet suunhoidosta olivat vähäiset. Yleisin syy hammashoitoikänteihin oli kipu tai epämukavuus hampaissa. Hampaiden puhdistus tapahtui yleisesti purutikulla, ja hammastahnan käyttö, etenkin fluoritahnan, oli harvinaista; 9% lapsista ja 18% aikuisista ilmoittivat käyttävänsä fluoritahnaa. Kariesesiintymät keskittyivät pääosin kaupunkilaislapsiin runsaan virvoitusjuomien ja hedelmien kulutuksen vuoksi. Korkeammin koulutetuilla naisilla (hallituksen työntekijä) todettiin enemmän kariesta kuin perinteistä purutikkua käyttävillä aikuisilla. (Varenne - Petersen - Ouattara 2006.)

Zanzibarlaisista koululaisista 59% (N=485) ja äideistä 67% (N=455) puhdistaa hampaansa päivittäin. Maaseudulla puhdistukseen käytettiin usein perinteistä Miswakia (purutikku), kun taas kaupunkialueilla hammasharjan käyttö oli yleisempää. (Petersen - Mzee 1998.) Miswak on *Salvador persica* -kasvista tehty purutikku, jota käytetään hampaiden puhdistukseen. Uskonnollisista ja kulttuurillisista syistä miswakin käyttö on levinnyt ja vakiinnuttanut paikkaansa Saudi Arabiassa ja useimmissa muissa islaminuskoisissa maissa. Saudi Arabiassa tutkimukseen osallistuneista 73% käytti hammasharjaa ja 65% käytti miswakia päivittäin. Säännöllinen miswakin käyttö oli yleisempää miehillä, naiset puolestaan käyttivät hammasharjaa miswakia useammin. Miswakin käyttö oli suosituinta vähiten koulutettujen keskuudessa. Tutkimuksessa todettiin, että miswak oli vähintään yhtä tehokas vähentämään plakkia ja ientulehdusta kuin hammasharja. *Salvador persican* antimikrobinen vaikutus oli suotuisa parodontitiitin ehkäisyssä ja hoidossa. Saudi Arabiassa suuhygieniää voitaisiin parantaa yhdistämällä miswakin ja hammasharjan käyttö. (al-Otaibi M. 2004.)

6.3.3 Haasteet eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden suun terveyden edistämisessä

Kariekseen on olemassa tehokkaat ehkäisykeinot, mutta esimerkiksi Itä-Euroopassa, Aasiassa ja Afrikassa tietämys suunhoidosta on vähäistä ja suun puhdistus on riittämätöntä. Ongelmana on, että hammashoito painottuu pääasiallisesti oireenmukaiseen hoitoon ja ennaltaehkäisevä hoito jää hyvin vähäiseksi. Kotimaassa on saatettu tottua siihen, että hoitoon mennään vain särryn vuoksi, eikä Suomessa toteutettaviin säännöllisiin ennaltaehkäiseviin hammastarkastuksiin välttämättä ymmärretä hakeutua.

Maahanmuuttajilla saattaa olla omasta kulttuurista perittyjä suunhoidon välineitä ja – tottumuksia, kuten islaminuskaisilla käytössä oleva purutikku miswak. Suomalaisen suun terveydenhuollon henkilöiden olisi hyvä tietää miswakista, sillä sitä voitaisiin käyttää motivointikeinona hampaiden puhdistukseen. Länsimaisista suunhoidon välineistä on hyvä kertoa, mutta niitä ei välttämättä tarvitse ehdollisesti pitää ainoina ja oikeina ratkaisuna, mikäli maahanmuuttajien omat suunhoidon välineet takaavat riittävän puhdistuksen.

Suun terveyden edistäminen on jo itsessään haasteellista, ja työskenneltäessä maahanmuuttajien kanssa tulisi tietää erilaisista kulttuurillisista tavoista ja tottumuksista. Asiantuntijuuden ohella tulisi olla joustava suun terveyden edistämiskeinojen suhteen; liian ehdollinen terveysneuvonta saattaa muuttua tehottomaksi, sillä se ei välttämättä tavoita asiakasta vuorovaikutuksellisella tasolla.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme on muotoutunut monien haastavien vaiheiden kautta viimeisteltyyn muotoonsa. Maahanmuuttajanäkökulma on työn punainen lanka. Myös käsittelemämme osa-alueet etenevät jäsennellysti lukijalle miellyttävällä tavalla. Opinnäytetyön kirjoittamisen ohella olemme saaneet näkemyksen siitä, että suun terveydenhuollossa on kehitettävä menetelmiä, joilla voidaan suunnata hoito kohdennetusti maahanmuuttajille. Opinnäytetyömme sopisi hyvin lähdemateriaaliksi esimerkiksi maahanmuuttajille suunnattuun multimediatyyppisen suun terveydenhoidon materiaalin työstämiseen.

Oikeanlainen tapa työstää ja koota työtämme vei alkumetreillä yllättävän paljon aikaa ja jouduimme usein pohtimaan, mitkä asiat kuuluvat aiheemme piiriin ja kuinka syvällisesti niitä olisi hyvä käsitellä. Kaipaisimme työhömmme tasapainoisemmin tietoa useiden eri kulttuureiden suun terveystottumuksista ja asenteista, jolloin kyseisten maiden tottumuksia ja asenteita olisi helpompi tulkita syvällisemmin. Toisaalta tavoite on hyvin korkea, sillä kaikista kulttuureista ei ole olemassa yhtä paljon tutkittua tietoa, joten tämä tavoite jää työssämme osittain toteutumatta. On kuitenkin todettava, ettei yksin tätä opinnäytetyötä olisi mahdollista ulottaa käsittelemään kaikkia Suomessa asuvia ulkomaalaisryhmiä, sillä työhömmme varattu aika ei riittäisi niin laajan

kokonaisuuden kokoamiseen. Vaikka hyödynnettävää ja kattavaa tutkimustietoa onkin kauttaaltaan läpi työn, työssämme esiintyy paikoitellen sirpaleisuutta.

Pohdittavaksi jää, olisiko opinnäytetyökokonaisuus voitu toteuttaa niin, että Suomen suurimmat maahanmuuttajavähemmistöt olisi jaettu eri ryhmille, jotka kokoaisivat oman opinnäytetyöosansa vain yhdestä kulttuurista käsittäen suunhoidon eri osa-alueet kokonaisuudessaan.

LÄHTEET

- Alaluusua, Satu 2003: Lasten kariespreventio. Teoksessa Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurmann, Jukka H. – Murtomaa, Heikki (toim.): *Threapia odontologica*. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 544.
- Alaluusua, Satu – Lukinmaa Pirjo, Liisa 2003: Ympäristötekijöiden aiheuttamat kehityshäiriöt ja hampaiden kovakudosten paikalliset puutokset. Teoksessa Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurmann, Jukka H. – Murtomaa, Heikki (toim.): *Threapia odontologica*. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 571.
- Al-Majed, I. – Maguire, A. – Murray, J. 2002: Risk factors for dental erosion in 5-6 year old and 12-14 year old boys in Saudi Arabia. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- al-Otaibi M. 2004: The miswak (chewing stick) and oral health. Studies on oral hygiene practices of urban Saudi Arabians. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Auad, S. – Waterhouse, P. – Nunn, J. – Steen, N. – Moynihan, P. 2007: Dental erosion amongst 13- and 14-year-old Brazilian schoolchildren. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Blay, D. – Astrom, A. – Haugejorden, O. 2000: Oral hygiene and sugar consumption among urban and rural adolescents in Ghana. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Christensen, L. – Petersen, P. – Bhambal, A. 2003: Oral health and oral health behaviour among 11-13-year-olds in Bhopal, India. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- de Almeida, C. – Petersen, P. – Andre, S. – Toscano, A. 2003: Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Freeman, R. – Breistein, B. – McQueen, A. – Stewart, M. 1997: The dental health status of five-year-old children in north and west Belfast. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Giuca, M. – Saracino, S. – Giannotti, E. – Ceccarini, A. 2007: Oral clearance of NaF from chewing gum and tablets in children and adults. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Gordon, N. 2007: Oral health care for children attending a malnutrition clinic in South Africa. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Harding, M. – Whelton, H. - O'Mullane, D. – Cronin, M. 2003: Dental erosion in 5-year-old Irish school children and associated factors: a pilot study. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.

- Harju, Päivi - Hausen, Hannu - Suominen-Taipale, Liisa 2004: Suomalaisten aikuisten suunterveys [Elektroninen aineisto]: TERVEYS 2000 -tutkimus. Verkkodokumentti. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b16.pdf>. Luettu 27.11.2006).
- Johng-bai, K. 1998: What do the public and profession know about dental caries prevention in Korea? Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Jokela, Jorma 1997: Kariesriskin arviointi ja prevention kohdentaminen alle kouluikäisillä. Turku: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Keto, Anu – Murtomaa, Heikki 2003: Suuhygieniä. Teoksessa Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurmann, Jukka H. – Murtomaa, Heikki (toim.): Threapia odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 1070.
- Kirtiloğlu, T. – Yavuz, U. 2006: An assessment of oral self-care in the student population of a Turkish university.
- Lang, P. – Woolfolk, M. – Faja, B. 1989: Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Luciak-Donsberger, C. – Chan, C. 2003: Dental hygiene in Hong Kong: a global perspective. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Luo, Y. – Zeng, X. – Du, M. – Bedi, R. 2005: The prevalence of dental erosion in preschool children in China. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Mason, Jill 2005: Concepts in Dental Public Health. What is dental public health? Portland, Oregon: Lippincott Williams&Wilkins.
- Moynihan, P. – Petersen, P. 2004: Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Mäkinen, Kauko 2001: Ksylitoli ja sen käyttö suun terveyden edistämisessä. Turku: ?.
- Peng, B. – Petersen, P. – Fan, M. – Tai, B. 1997: Oral health status and oral health behaviour of 12-year-old urban schoolchildren in the People's Republic of China. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Peres, M. – Antunes, J. – Boing, A. – Peres, K. – Bastos, J. 2007: Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Petersen, P. – Aleksejuniene, J. – Christensen, L. – Eriksen, H. – Kalo, I. 2000: Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.

- Petersen, P. - Hoerup, N. - Poomviset, N. - Prommajan, J. - Watanapa, A. 2001: Oral health status and oral health behaviour of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Petersen, P. – Mzee, M. 1998: Oral health profile of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Zanzibar. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Pizzo, G. – Piscopo, M. – Pizzo, I. – Giuliana, G. 2007: Community water fluoridation and caries prevention: a critical review. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Rajab, L. – Petersen, P. – Bakaeen, G. – Hamdan, M. 2002: Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Richards, A. – Banting, D.W. 1996: High fluoride (>1000 ppm) toothpastes. Teoksessa Fejerskov, Ole – Ekstrand, Jan – Burt, Brian A. (toim.): Fluoride in Dentistry. Copenhagen: Munksgaard. 333.
- Räty, Minttu 2002: Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi.
- Räsänen, Leena 2005: Kasvisruokavaliot ja etniset ruokavaliot. Teoksessa Aro, Antti - Mutanen, Marja - Uusitupa, Matti (toim.): Ravitsemustiede. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä. 63, 66-68.
- Saarni, Ulla-Maija 1996: Ulkomaalainen suomalaisessa opiskelijahammashuollossa. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Sgan-Cohen, H. – Saadi, S. – Weissman, A. 1999: Dental knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israel. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Sun, D. – Wang, Y. – Hu, W. – Qu, H. – Ni, X. 2006: The efficacy of dental plaque removed by using sonic electric toothbrush in children. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Tenovuo, Jorma 2003: Kariesprofylaksi. Teoksessa Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurmann, Jukka H. – Murtomaa, Heikki (toim.): Threapia odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 382-385.
- Tenovuo, Jorma 2003: Sylki ja suun puolustusmekanismi. Teoksessa Autti, Heikki – Le Bell, Yrsa – Meurmann, Jukka H. – Murtomaa, Heikki (toim.): Threapia odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 204-241.
- Tenovuo, Jorma 2005: Ravitsemus, suu ja hampaat. Teoksessa Aro, Antti – Mutanen, Marja – Uusitupa, Matti (toim.): Ravitsemustiede. Jyväskylä: Duodecim. 561-568.
- van Loveren, C. – Moorer, W. – Buijs, M. – van Palenstein Helderman W. 2005: Total and free fluoride in toothpastes from some non-established market economy countries. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.

- Varenne, B. – Petersen, P. – Ouattara, S. 2006: Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Vehkalahti, Miira – Paunio, Ilkka K. – Nyyssönen, Viljo – Aromaa, Arpo 1991: Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Suun terveyteen vaikuttavat tottumukset. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja.
- Vigild, M. – Petersen, P. – Hadi, R. 1999: Oral health behaviour of 12-year-old children in Kuwait. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Wiegand, A. – Müller, J. – Werner, C. – Attin, T. 2006: Prevalence of erosive tooth wear and associated risk factors in 2-7-year-old German kindergarten children. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Wierzbicka, M. – Petersen, P. – Szatko, F. – Dybizbanska, E. – Kalo, I. 2002: Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Yamada, M. – Tanabe, Y. – Sano, T. – Noda, T. 2002: Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 21.9.2007.
- Zhu, L. – Petersen, P. – Wang, H. – Bian, J. – Zhang, B. 2003: Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Zhu, L. – Petersen, P. – Wang, H. – Bian, J. – Zhang, B. 2005: Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <www.pubmed.gov>. Luettu 18.3.2007.
- Innofocus-tilaisuus. Maahanmuuttajien haastattelu. Kevät 2006. Espoo.
- Pohjoismaihin saapuneet turvapaikanhakijat 1995-2006. Tilastokeskus. Tilastoja ja kaavioita maahanmuutosta. Verkkodokumentti. <www.stat.fi>. Luettu 18.9.2007.
- Sahrami-tilaisuus. Maahanmuuttajaäitien haastattelu. Kevät 2006. Helsinki.
- Suomalainen ksylitoli-innovaatio valloittaa maailmaa. 2007. Fennobon. Verkkodokumentti. <www.deski.fi>. Luettu 24.9.2007.
- Suomen asukasluku ja ulkomaalaisten määrä 31.12.2006. 2007. Tilastokeskus. Tilastoja ja kaavioita maahanmuutosta. Verkkodokumentti. <www.stat.fi>. Luettu 18.9.2007.
- Suomen väestö 2006. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <www.stat.fi>. Luettu 18.9.2007.
- Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset, 31.12.2006. 2007. Tilastokeskus. Tilastoja ja kaavioita maahanmuutosta. Verkkodokumentti. <www.stat.fi>. Luettu 18.9.2007.
- Vapaa tietosanakirja. 2007. Wikipedia. Verkkodokumentti. <www.wikipedia.fi>. Luettu 18.9.2007.

LIITE 1

Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset, 31.12.2006 (Tilastokeskus 2007).

Kansalaisuus	Miehiä	Naisia	Yhteensä
Venäjä	10 000	15 200	25 200
Viro	8000	9600	17 600
Ruotsi	4800	3400	8200
Somalia	2400	2200	4600
Serbia	1800	1600	3400
Kiina	1600	1800	3400
Irak	1800	1400	3200
Thaimaa	400	2600	3000
Saksan	2000	1000	3000
Iso-Britannia	2400	400	2800
Turkki	2200	800	3000
Iran	1600	1200	2800
Yhdysvallat	1400	1000	2400
Afganistan	1000	1000	2000
Intia	1200	800	2000
Vietnam	800	1000	1800
Bosnia-Hertsegovina	800	800	1600
Ukraina	600	800	1400
Ranska	800	200	1000
Italia	800	200	1000
Puola	400	500	900
Sudan	400	400	800
Alankomaat	700	200	900
Espanja	600	200	800
Japani	200	400	600
Romania	400	200	600
Unkari	300	300	600
kansalaisuudeton	400	200	600
Muut yhteensä	12 600	9200	21 800

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MAAHANMUUTTAJAVÄESTÖ SUOMESSA	2
3	MAAHANMUUTTAJA SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA	4
3.1	Maahanmuuttajille Suomessa tarjottavat peruspalvelut	4
3.2	Maahanmuuttajatyö käytännössä	4
3.3	Tulkkipalvelut	5
3.4	Maahanmuuttajien kokema hammashoitopelko	6
3.5	Maahanmuuttajanäkökulma suuhygienistin työssä	6
4	SUUN TERVEYDENHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ ERI KULTTUUREISSA	7
5	KOETTU SUUNTERVEYS ERI KULTTUUREISSA	11
6	SUUN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄT TEKIJÄT ERI KULTTUUREISSA	13
6.1	Fluorin käyttö eri kulttuureissa	13
6.2	Ravitsemustottumukset eri kulttuureissa	16
6.2.1	Sokerin vaikutus kariksen esiintymiseen maailmalla	18
6.2.2	Happaman ruokavalion aiheuttamat hammaskiilleauriot	21
6.2.3	Ksylitolin kariesta ehkäisevä vaikutus	22
6.2.4	Ravitsemusneuvonnan haasteet suuhygienistin työssä	23
6.3	Suuhygieniatottumukset eri kulttuureissa	24
6.3.1	Suomessa ja Euroopassa	25
6.3.2	Muualla maailmassa	27
6.3.3	Haasteet eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden suun terveyden edistämisessä	28
7	POHDINTA	29

LÄHTEET

LIITTEET Taulukko Suomessa vakinaisesti asuvista ulkomaalaisista, 31.12.2006